Rok XLII. Kraków 14 Marca 1903. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej brózdogłowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności

Podał

Witold Orłowski.

Od czasu, gdy Reyher[1]), a następnie Runeberg[2]) wskazali na brózdogłowca szerokiego *(botriocephalus latus)*, jako na przyczynę postępującej niedokrewności złośliwej, ogłoszono już dość znaczną liczbę przypadków tej choroby, w których poprawa i zupełne wyzdrowienie następowały szybko po wydaleniu z przewodu pokarmowego wymienionego wnętrzaka. W większości tych opisów nie spotykamy niestety dokładnego badania krwi, nieraz zaś nie było ono dokonanem wcale. Ta poważna luka stanowi niezawodnie przyczynę ostrej krytyki, jaką spotkały pierwsze doniesienia Reyhera i innych, jako też tłómaczy nam tę okoliczność, że i dziś jeszcze nie wszyscy klinicyści uznają wyżej wspomniany czynnik w powstaniu niedokrewności złośliwej (Eichhorst[3]). Ponieważ jedynie szczegółowe badanie krwi daje niezachwianą rękojmię prawidłowego rozpoznania tej choroby (Ehrlich[4]), więc nie można odmówić podobnym ścisłym spostrzeżeniom wielkiego znaczenia. Niestety opisy takie dotychczas są bardzo nieliczne (Schaumann[5]) i inni). Okoliczność ta zachęca mnie do ogłoszenia przypadku, który spostrzegałem w klinice lekarskiej, tembardziej, że pomimo wykazania cechujących zmian we krwi, poucza on o warunkach, w których brózdogłowiec szeroki staje się przyczyną powstania niedokrewności złośliwej, wiadomo bowiem, że w wielu przypadkach brózdogłowiec pozostaje dość niewinnym pasorzytem, nawet w tych razach, gdzie w jelitach zawiera się nie jeden okaz, lecz nawet, jak to spostrzegał Heller[6]) 78. Przypadek nasz wreszcie jest niezwykle pouczającym i pod względem zjawisk ze strony serca, które spostrzegaliśmy w przebiegu choroby.

Wywiady. *T-r*, wieśniaczka z Finlandyi, l. 45, wstąpiła do kliniki lekarskiej 22 września 1902 roku, uskarżając się na nadzwyczaj silne osłabienie, zawroty głowy i duszność. Choroba ma trwać przeszło rok, a w ostatnich 2 miesiącach stan chorej znacznie się pogorszył. Szczegółowszych zeznań, dotyczących przebiegu choroby i poprzedniego życia pacyentki, dowiedzieć się nie byłem w stanie, gdyż chora, osoba mało inteligentna, rozumie tylko ojczystą (fińską) mowę.

Badanie przedmiotowe. Chora wzrostu średniego, budowy miernej. Powłoki zewnętrzne blade z odcieniem ziemistym. Twarz obrzmiała. Tkanka tłuszczowa rozwinięta miernie. Kończyny dolne znacznie obrzmiałe; na innych częściach ciała obrzmienie mniejsze. Widzialne błony śluzowe nadzwyczaj blade. Wylewów krwi ani w skórze, ani w błonach śluzowych niema. Gruczoły chłonne niemacalne.

Budowa klatki piersiowej zmian nie przedstawia. Granice płuc prawidłowe. Szmery oddechowe nieco szorstkie, skąpe rzężenia suche. Drżenie głosowe bez zmian. Oddechanie o typie przeważnie żebrowym 20 na 1'. Plwociny niema.

Oglądanie okolicy serca nie wykazuje żadnych nieprawidłowości. Uderzenie koniuszkowe wyczuwa się w 5-tym przestworze międzyżebrowym, na wewnątrz od lewego sutka, siła uderzenia mierna; mruku kociego nigdzie się nie wyczuwa. Prawa granica przytłumienia sercowego dochodzi do linii środkowej ciała; inne granice prawidłowe. Nad koniuszkiem serca dwa dźwięki (tony); do pierwszego dołącza się krótki szmer dmuchający; siła szmeru nie zmienia się podczas oddechania; w położeniu leżącem szmer nieco słabnie; szmer przy oddaleniu od miejsca, gdzie jest najwyraźniejszy, szybko słabnie i na odległości 2—3 ctm. już się go nie słyszy. W drugiem międzyżebrzu prawem i lewem u brzegu mostka i na miejscu osłuchiwania zastawki trójdzielnej słyszy się dwa dźwięki głuche. Nad tętnicami podobojczykową i dogłowową jeden dźwięk; przy osłuchiwaniu tętnic łokciowych i udowych słyszy się wyraźny dźwięk. Tętnice obwodowe żadnych zmian nie przedstawiają. Żyły szyjne nie tętnią; w opuszce prawej żyły jarzmowej wyraźne huczenie. Tętno 68 na 1', miarowe, jednoczesne po obu stronach, o miernem napięciu.

Brzuch wzdęty, w dołku podpiersiowym bolesny; w jamie brzusznej niewielka ilość wolnego płynu. Wątroba występuje na 3 palce (6 ctm.) z pod łuku żebrowego, miernej zbitości, tkliwa, o brzegu zaokrąglonym; powierzchnia jej gładka; tętnienia wątroby niema; pęcherzyk żółciowy nie macalny. Śledziona sięga na 1 palec (2 ctm.) niżej łuku żebrowego, miernie zbita, tkliwa na ucisk, górna granica przytłumienia śledzionowego sięga do górnego brzegu 9-go żebra. Stolce prawidłowe; wypróżnień drobnowidowo w ciągu dłuższego czasu zbadać nie mogłem: dopiero gdy do kliniki przybyła druga chora, również z Finlandyi, przez którą wytłómaczyłem chorej całą doniosłość zbadania jej wypróżnień, badanie to przeprowadziłem.

Ogólny stan chorej przygnębiony. Ciepłota zrana 37.6°, wieczorem 38,3° C.

Ilość moczu na dobę, zebranego od godziny 8 rano 23—IX do godziny 8 rano 24—IX, wynosi 1500 ctm. sz. (część uroniono); oddziaływanie moczu kwaśne, ciężar właściwy 1.010; białka, cukru, barwików żółciowych, acetonu i kwasu acetooctowego — nie wykryto; wybitny odczyn Jaffégo (na indykan); odczyn dyazowy Ehrlicha ujemny; odczyn Bogomołowa (na urobilinę) daje wynik dodatni. Drobnowidowe badanie osadu moczu wykazało: 1) pojedyncze krwinki białe; 2) wałeczki szkliste (2—3 w preparacie); 3) skąpy nabłonek płaski; 4) śluz. W dalszym opisie wyników rozbioru moczu nie przytaczam, ponieważ przez cały czas mocz nie przedstawiał żadnych nieprawidłowości.

Badanie krwi, wykonane 25 października[1]), wykazało silne zboczenia od stanu prawidłowego: krwinki czerwone nie układały się w rulony, lecz leżały pojedynczo, w skąpej ilości w każdem polu widzenia: oś poprzeczna większości krwinek wynosiła 10—12 μ, niektórych zaś 15 μ; w znacznie mniejszej ilości nadarzały się krwinki o wymiarze poprzecznym 3—4 μ, a niektóre nawet 2 μ — 2·5 μ; różnokształtność (poikilocytoza); krwinek w 1 mlm.³ 325,120; białych 3,480; stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych wynosi 1:94. Badanie suchych ustalonych i zabarwionych preparatów dało wyniki następujące: megalocytów Hayema 60%, normoblastów Ehrlicha nie wykryto; w kilku preparatach trzy megaloblasty. Przy obliczeniu 300 krwinek

[1]) Badania tego przed tem, niestety, wykonać nie byłem w stanie.

białych okazało się młodych (według klasyfikacyi Uskowa) — 48%, dojrzałych 1%, przejrzałych 50%, eozynochłonnych 1%.

Badanie krwi powtórzyłem 29 października; wyniki mało się różniły: Hb = 15%, krwinek czerwonych w 1 mlm.^{3} 295,375, białych 3,170, stosunek = 1 93; megalocytów 60%, megaloblastów, normoblastów nie znalazłem. Przy obliczaniu 200 krwinek białych znalazłem młodych (limfocytów) 52%, dojrzałych 0.5%, przejrzałych 46%, eozynochłonnych 1,5%.

Badanie wypróżnień, wykonane tegoż dnia wykazało mnóstwo jaj brózdogłowca szerokiego: w polu widzenia przy powiększeniu 100 — do 20—30.

Przebieg choroby do 29 października przedstawiał się mniej więcej, jak następuje: pomimo stosowania środków sercowych (naparstnica, gorzykwiat, dyuretyna i t. d.), obrzęki nie zdradzały skłonności do zmniejszenia się, objawy zaś ze strony serca nawet się pogorszyły; 2 października przytłumienie sercowe doszło do prawej linii mostkowej, ku stronie lewej zaś do linii sutkowej; do szmeru skurczowego nad koniuszkiem serca dołączył się silniejszy szmer dmuchający w okolicy osłuchiwania tętnicy płucnej; szmer występował zaraz po pierwszym dźwięku i szybko słabnął we wszystkich kierunkach; zmiana położenia chorej i oddechania nie wywierały wpływu na siłę szmeru; 25/X stłumienie sercowe przechodziło po stronie prawej na szerokość 1 palca (2 ctm.) za linią mostkową prawą, po stronie lewej sięgało na palec poza lewą linię sutkową; lewa granica odpowiadała w zupełności uderzeniu koniuszkowemu; dźwięk skurczowy nad koniuszkiem nie był słyszalny, lecz zastępował go wyraźny trący szmer skurczowy, który czasami przechodził w wyraźny mruk koci: stopniowo słabnąc, szmer dochodził do tylnej linii pachowej po stronie lewej i do linii mostkowej po stronie prawej; w drugiem międzyżebrzu prawem, w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej, dwa dźwięki; do pierwszego dołączał się słaby krótkotrwały szmer skurczowy, który szybko znikał we wszystkich kierunkach; w miejscu osłuchiwania zastawek tętnicy płucnej słyszało się wciąż szmer skurczowy po pierwszym dźwięku; drugi dźwięk przedstawiał znaczne wzmożenie. Wolny płyn w jamie brzusznej powiększył się; wątroba występowała na 4 palce (8 ctm.) z pod łuku żebrowego. Przebieg ciepłoty w tym czasie był następujący:

23/IX	rano	37,6	wieczorem	37,8	13/X	rano	38,0	wieczorem	39,0
24/IX	»	37.5	»	37,7	14/X	»	38,1	»	38 3
25/IX	»	37,1	»	37,5	15/X	»	38,4	»	37,4
26/IX	»	37,2	»	37,8	16/X	»	37.7	»	37.8
27/IX	»	37.4	»	37,8	17/X	»	37.6	»	37,7
28/IX	»	37,0	»	37,3	18/X	»	37,5	»	38,0
29/IX	»	36.9	»	37,2	19/X	«	37,0	»	37,5
30/IX	»	37,2	»	37.4	20/X	»	37.0	»	37.4
1/X	»	36.8	»	37,1	21/X	»	37 5	»	37,5
2/X	»	37.3	»	38.1	22/X	»	37,0	»	37,5
3/X	»	37.3	»	37.4	23/X	»	36.8	»	37.5
4/X	»	36,8	»	37,4	24/X	»	36.6	»	37,5
5/X	»	37	»	37,6	25/X	»	37.0	»	37,5
6/X	»	37,1	»	37,5	26/X	»	37.0	»	37,5
7/X	»	36.8	»	37,5	27/X	»	36,8	»	38.0
8/X	»	36,4	»	37,2	28/X	«	37.6	»	38,2
9/X	»	36,2	»	37.6	29/X	»	37.7	«	37,8
10/X	»	37,6	»	37,6	30/X	»	37.1	»	38,0
11/X	»	37,0	»	38,0	31/X	»	36.8	»	37.8
12/X	»	37,2	»	38,6					

Dn. 31/X chora zażyła naczczo 8,0 *extr. filicis maris aetherei* w pigułkach, a po 2 godzinach łyżkę stołową soli glauberskiej. Po kilku godzinach wystąpiły dwa razy wymioty, a o godzinie 3-ciej był stolec, lecz wnętrzak nie wyszedł.

Dn. 1/XI. Ogólne osłabienie. Ciepłota zrana 37.2°, wiecz. 38,2, tętno 96. Dn. 2/XI. Ciepł. zrana 37,5, wiecz. 38, tętno 99 na 1'; szmeru skurczowego nad tętnicą główną nie słyszy się. Dn. 3/XI. Ciepł. zrana 37,5°, wiecz. 38 3°. Dn. 4/XI. Ciepł. zrana 37, wiecz., 38,4, tętno 96 na 1'; szmer skurczowy nad koniuszkiem serca nieco słabszy, niż poprzednio; innych zmian nie stwierdzono. Badanie krwi: krwinki czerwone leżą pojedynczo, przeważają megalocyty — 66%, mikrocytów 12%; normoblastów i megaloblastów nie znalazłem. Hemoglobiny 12%, krwinek czerwonych w 1 mlm.^{3} — 282.812, białych 2,750, stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych wynosi 1:103. Przy obliczaniu 200 krwinek białych znalazłem młodych 58%, dojrzałych 1,5%, przejrzałych 40.5%, eozynochłonnych 0%.

Dn. 5/XI. Powtórzono leczenie czerwiogubne: w wypróżnieniach (w 6 godzin po zażyciu paproci) znalazłem trzy znacznie zmienione członeczki brózdogłowca szerokiego, oraz jaja tego czerwia. Ciepłota zrana 38,2, wieczorem 38,4, tętno 96. Dn. 6/XI. Ciepł. zrana 37,1, wieczorem 37,3, tętno 99. Silne osłabienie; 2 stolce. Dn. 7/XI. Ciepłota zrana 39°, wiecz. 38,6°. Dn. 8/XI. Obrzęki i puchlina brzuszna zwiększyły się. Trzy stolce płynne bez bólów; wypróżnienia nie zawierają członeczków i jaj brózdogłowca. Osłabienie silne. Przy osłuchiwaniu serca odpowiednio miejscom wszystkich zastawek słyszy się szmer skurczowy; szmer nad tętnicą główną i płucną szybko ginie przy oddalaniu się od tych tętnic; szmer nad koniuszkiem przenosi się ku lewej okolicy pachowej i do tylnej pachowej, a po stronie prawej do prawej linii mostkowej; drugi dźwięk nad tętnicą płucną znacznie wzmożony; przytłumienie serca ku stronie prawej sięga na 2 palce (4 ctm.) poza prawą linię mostkową. Ciepłota zrana 37,0, wieczorem 37,1°, tętno 84 na 1'.

Z dalszego przebiegu podnoszę tylko zmiany. Dn. 11/XI zaleciłem chorej napar naparstnicy (e 0.72—180,0; 4 łyżki stołowe dziennie). Dn. 14/XI wymiary przytłumienia serca zmniejszyły się: prawa granica odpowiadała prawej linii mostkowej, lewa lewej sutkowej; nad koniuszkiem słaby szmer skurczowy, występujący wnet po pierwszym dźwięku; nad tętnicą główną szmeru niema; nad tętnicą płucną szmer najwyraźniejszy, lecz słabszy, niż poprzednio. Obrzęki i puchlina brzuszna znacznie zmniejszyły się.

Dn. 16/XI dokonano badania krwi: krwinki czerwone układają się w rulony, hemoglobiny 24%, krwinek czerwonych w 1 mlm.^{3} 1,058,022, megalocytów 34%, mikrocytów 10%, poikilocytozy niema; liczba krwinek białych nie zwiększona; zaleciłem wstrzykiwania podskórne arsenu *(Rp. Kali arsenicosi 0,09. Aq. chloroform. 8,0. Ds. wstrzykiwać podskórnie codzień po 2 przedziałki 1-gramowej strzykawki Pravaza, zwiększać dawkę co trzy dni o jedną podziałkę).* W dalszym przebiegu stan chorej szybko poprawiał się, siły przybywały, chora wkrótce poczęła chodzić; obrzęki i puchlina brzuszna ustępowały, zwłaszcza gdy chorej zaleciłem (1/XII) gorzykwiat ze strofantyną *(Rp. Inf. adonidis vernalis e 6,0—180,0 T-rae strophant. hispidi Combé 6,0 MDS. 4 stołowe łyżki dziennie).* Dn. 6/XII granice przytłumienia serca były już prawidłowe; dźwięki wyraźne; nad koniuszkiem po pierwszym dźwięku dawał się słyszeć słaby szmer skurczowy, który znikał w obie strony już na odległości 2 ctm; w położeniu leżącem szmer stawał się słabszy; w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym przy mostku szmer skurczowy, które następuje bezpośrednio po pierwszym dźwięku; drugi dźwięk nie wzmożony; obrzęki nieznaczne; w jamie brzusznej płynu niewiele; wątroba występuje z pod łuku żebrowego na 2 palce (4 ctm.) miernej zbitości, tkliwa; śledziona macalna w położeniu na boku prawym, tkliwa. Wielokrotne poszukiwania jaj brózdogłowca w wypróżnieniach dawały przez cały czas wyniki ujemne.

Badanie krwi, wykonane 6/XII, wykazało: krwinki czerwone dobrze układają się w rulony, poikilocytozy niema; hemoglobiny 40%, krwinek czerwonych w 1 mlm.^{3} 2,550,000, białych 3,600, stosunek wzajemny wynosi 1:708; megalocytów 5%; krwinek czerwonych, zawierających jądra, nie znalazłem; przy obliczaniu 500 krwinek białych znalazłem młodych 30%, dojrzałych 2%, przejrzałych 67%, eozynochłonnych 1,0%.

Badanie krwi, wykonane 21/XII, wykazało: krwinki czerwone układają się dobrze w rulony, poikilocytozy niema; hemoglobiny 68%, krwinek czerwonych w mlm.^{3} 3,125,000, białych 3720, wzajemny stosunek wynosi 1:840; megalocytów i krwinek czerwonych z jądrami nie znalazłem; mikrocytów 6%; przy obliczaniu 400 krwinek białych znalazłem młodych 32%, dojrzałych 2.5%, przejrzałych 64%, eozynochłonnych 1,5%.

Ciepłota przez ten czas przedstawiała następujące wahania (przytaczam tylko dni z ciepłotą podniesioną:

9/XI	zrana	37,0	wieczorem	37.5	21/XI	zrana	36,6	wieczorem	37 6
13/XI	»	36,8	«	37,5	22/XI	»	37,0	»	37,8
17/XI	»	37.1	»	37 9	23/XI	»	37,4	»	38
19/XI	»	36,8	»	37.6	24/XI	»	37.5	»	38
20/XI	»	36,6	«	37,6	25/XI	«	37,2	»	37,9

Chora pozostaje jeszcze pod obserwacyą.

Przechodzę teraz do omówienia przytoczonego przypadku. Jeśli przed zbadaniem krwi zachodziły wątpliwości w rozpoznaniu i myśl nasza zatrzymała się na jednej z dwóch spraw chorobowych, mianowicie na skrycie przebiegającej sprawie zapalnej w nerkach lub ostrawem zapaleniu wsierdzia, to wyniki badania krwi skierowały nas na drogę właściwą, rzuciwszy odrazu światło na różnorodne objawy,

które przedstawiała chora. W tym też czasie zebraliśmy już dostatecznie wiele wskazówek, żeby opuścić przypuszczenie o zajęciu nerek sprawą zapalną; co się zaś tyczy objawów ze strony serca, to one były na tyle zawikłane, że tłómaczenie ich przez dłuższy czas wahało się między organicznem zajęciem wsierdzia i powstaniem ich na drodze niedokrwistości. Tylko w dalszym przebiegu choroby otrzymaliśmy pewne oznaki, na podstawie których można było orzec stanowczo, z czem mieliśmy do czynienia. W tej chwili jednak nie będę zastanawiać się nad tymi objawami, uczynię to bowiem szczegółowo w drugiej części niniejszej pracy.

Silnie wyrażona bladość powłok zewnętrznych i błon śluzowych zdradzała już od razu stan niedokrwistości chorej, lecz tylko po zbadaniu krwi znalazła ona należyte wytłómaczenie, jak również i inne objawy, mianowicie silne osłabienie, obrzmienie, puchlina brzuszna i gorączkowe podniesienie ciepłoty [2]. Utrata własności zlepnej przez krwinki czerwone, co zdradzało się brakiem cechujących rulonów w kropli krwi, badanej pod drobnowidem, znaczne obniżenie liczby krwinek (do 325,120—282,812 w 1 mlm [3]), hemoglobiny (15—12%), wreszcie obecność we krwi znacznej liczby megalocytów i znalezienie podczas jednego z badań megaloblastów, — zmiany te we krwi nie pozostawiały wątpliwości, że w przytoczonym przypadku była złośliwa niedokrwistość postępująca. Chorobowa ta sprawa, opisana pierwotnie przez Biermera [7]), została uzasadnioną klinicznie dzięki pracom Ehrlicha, który wykazał w niej wybitne zmiany we krwi. Wybitną oznaką różniczkową tej sprawy od innych stanów niedokrwistości stanowi, jego zdaniem, przedewszystkiem pewien stosunek między liczbą hemoglobiny i krwinek czerwonych, stwierdzony pierwotnie przez Hayema [8]), a następnie przez Laachea [9]), mianowicie zawartość hemoglobiny w każdej krwince ma być prawidłową lub nawet podniesioną. W swoich licznych badaniach nad stanem krwi w różnych sprawach chorobowych nieraz miałem możność także przekonać się o słuszności tego twierdzenia Ehrlicha co do stanów niedokrewnych. Nie mogę więc zgodzić się z zasłużonym w naszem piśmiennictwie Biegańskim [10]), według którego „zachowanie się stosunku hemoglobiny do liczby krążków nie jest czemś właściwem dla niedokrwistości złośliwej“, wskutek tego, „różnicy opartej na stosunku ilości hemoglobiny do liczby czerwonych krążków nie można uważać za decydującą“. Do wniosku takiego dochodzi Biegański na podstawie ścisłych poszukiwań niemniej zaszczytnie znanego w naszem piśmiennictwie Biernackiego [10]), który dowiódł, że w każdym przypadku niedokrwistości ogólnej przy znacznie zmniejszonej liczbie krwinek czerwonych stosunkowa zawartość żelaza wzrasta. Dziś jednak po pracach Jollesa, Jellinka [12]), Hladika [13]), Jellinka i Rosina [14]), Barda [15]) i innych wiemy, że podobny wniosek z poszukiwań Biernackiego jest za pośpieszny i nie dość uzasadniony. Nie chcę przez to powiedzieć, że uważam opisane wyżej zachowanie się stosunku hemoglobiny do liczby krwinek czerwonych za objaw patognomoniczny dla niedokrwistości złośliwej; historya bowiem poucza, że im więcej mnożyły się spostrzeżenia, tem prędzej malała liczba t. zw. objawów patognomonicznych. Opierając więc różniczkowanie błednicy od niedokrwistości złośliwej i odwrotnie na całym obrazie klinicznym, muszę jednak przyznać, że wyżej podany stosunek ilości hemoglobiny do liczby krwinek czerwonych, jeśli i nadarza się w innych stanach niedokrewnych, pomimo niedokrwistości złośliwej, to tak rzadko, (osobiście go nie spostrzegałem), że nie mogę mu odmówić doniosłego znaczenia w różniczkowaniu. Istotnie w przytoczonym przypadku pierwsze badanie krwi wykazało obniżenie liczby krwinek czerwonych o 14 razy w porównaniu z normą, wtenczas gdy zawartość hemoglobiny była obniżoną tylko 7 razy, a więc każda krwinka zawierała 2 razy więcej hemoglobiny, niż w warunkach zwykłych. Tenże stosunek wykazywały i następne badania.

Dalszym ważnym objawem niedokrwistości złośliwej jest, według Ehrlicha, obecność we krwi obfitej liczby megalocytów (wyżej 50%), które wskazują na zarodkową niewłaściwą dla dorosłych czynność szpiku kostnego; patognomoniczną oznaką podobnego stanu tego narządu ma stanowić obecność we krwi megaloblastów. Odnalezienie więc tych tworów wraz z obfitą zawartością we krwi megalocytów usuwa, według Ehrlicha, wszelkie wątpliwości co do niedokrwistości złośliwej, nawet w przypadkach, gdzie liczba krwinek czerwonych nie przedstawia wybitniejszego zmniejszenia. Co prawda, najnowsze spostrzeżenia Körmöczi [16]), stwierdzone badaniem szpiku kostnego, wykazują, że w niedokrwistości złośliwej stan krwi może się nie różnić od stanu jej w innych postaciach niedokrwistości, a Strauss i Rohnstein [17]), poprzednio zaś Hammerschlag [18]) i inni stwierdzili megaloblasty we krwi nietylko w niedokrwistości złośliwej, lecz i w ciężkich niedokrwistościach wogóle (w charłactwie rakowem; po obfitem krwawieniu, w śpiączce cholemicznej, gnilnem zakażeniu krwi, błednicy i t. d.). W tych jednak przypadkach można przypuszczać (Ehrlich) początek nierozpoznanej niedokrwistości złośliwej, nie można odrzucać także możliwości tego rodzaju, że bodziec chorobotwórczy wywołał w tych przypadkach czynność megaloblastyczną niektórych ognisk w szpiku, a następnie sprawa chorobowa z usunięciem przyczyny sama ustąpiła. W każdym razie doniosłość obfitej liczby megalocytów i znalezienia nawet bardzo ograniczonej liczby megaloblastów we krwi pozostaje dotychczas niezachwianą w rozpoznaniu niedokrwistości złośliwej. Nasz przypadek odpowiada pod tym względem zupełnie obrazowi tej sprawy chorobowej: zawartość megalocytów dochodziła w nim do 60—66%, podczas jednego zaś badania znalazłem i trzy megaloblasty; w następnych badaniach krwinek czerwonych z jądrami (normo- megaloblasty) nie znajdowałem.

Niemniej pouczające wyniki otrzymałem i przy obliczaniu krwinek białych. Zgodnie z innymi badaczami, znalazłem liczbę ich obniżoną (do 2750), jakkolwiek wobec znacznego zmniejszenia liczby krwinek czerwonych stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych był podniesiony na korzyść pierwszych. Obliczając różne gatunki krwinek białych, znalazłem znaczne zwiększenie %-wej liczby limfocytów (do 58%) i obniżenie przejrzałych (do 40,5%). Podobny stosunek nie mógł nie zwrócić na siebie mojej uwagi, tembardziej, że według niektórych autorów (Biegański [10]) stosunek wzajemny różnych gatunków krwinek białych w niedokrwistości złośliwej zostaje niezmieniony. Podczas wieloletnich studyów nad stanem krwi w różnych

*) Stan siatkówki trudno było zbadać wobec tego, że chora nie mówi innymi językami oprócz ojczystego.

schorzeniach na ogromnym materyale kliniki lekarskiej podobne znaczne zwiększenie %-ej zawartości limfocytów spotykałem wyłącznie w niektórych przypadkach białaczki i w przytoczonym przypadku, podobne zachowanie się niedokrwistości złośliwej, co prawda innego pochodzenia, spostrzegali również Strauss i Rohnstein[17]) i Lazarus[19]); w spostrzeżeniach Lazarusa zwiększenie liczby limfocytów dochodziło do większego stopnia (62%). W charłactwie rakowem przeciwnie, nieraz miałem możność przekonać się o znacznem zwiększeniu odsetkowej liczby przejrzałych; toż samo spostrzegli również Strauss i Rohnstein, którzy podają najwyższy odsetek 83,9% Wobec tego w trudnych dla rozpoznania przypadkach, gdzie różniczkowanie zachodzi między skrycie przebiegającym rakiem żołądka, a postępującą niedokrwistością złośliwą, zwłaszcza powikłaną z „achylia gastrica", obliczanie różnych gatunków krwinek białych może ułatwić rozpoznanie.

Przejdę teraz do rozejrzenia się w etyologii naszego przypadku. Znalezienie w wypróżnieniach chorej jaj bróździgłowca szerokiego nasuwało myśl, czy nie jest właśnie ten pasorzyt przyczyną sprawy chorobowej. Wobec tego przypuszczenia zaleciłem chorej odpowiednie leczenie; gdy jednak ono nie odniosło skutku, po kilku dniach powtórzyłem je. Wynik ostateczny był ten, że w wypróżnieniach zjawiły się trzy silnie zmienione członeczki bróździgłowca szerokiego z obfitą ilością jego jaj. Następne wielokrotne badania wypróżnień dawały wciąż wyniki ujemne. Od tego czasu stan chorej zaczął szybko się poprawiać, siły przybywały, obrzęki szybko ustępowały; w składzie krwi zaszły również wybitne zmiany; zlepność krwinek czerwonych podniosła się (krwinki zaczęły układać się w prawidłowe rulony), liczba hemoglobiny po 4 tygodniach wynosiła już 40%, a po sześciu 68%, liczba krwinek czerwonych po 4 tygodniach wynosiła 2,550 000, po 6-ciu 3,125.000 w 1 mlm ^{3}; liczba megalocytów obniżyła się do 5% po 4 tygodniach; po 6-ciu zaś juz się nie dały wykryć; odsetkowa liczba limfocytów zmniejszyła się, a przejrzałych podniosła się. Tę szybką poprawą po leczeniu czerwiogubnem można wytłómaczyć jedynie usunięciem przyczyny choroby. Mamy więc prawo uważać bróździgłowca szerokiego za czynnik, który wywołał sprawę chorobową w naszym przypadku Ta okoliczność, że po zażyciu paproci zostały wydalone tylko trzy członeczki wnętrzaka, nie przeczy podobnemu zapatrywaniu. Istotnie już Szapira[20]) wskazał, że bróździgłowiec szeroki wywołuje niedokrwistość złośliwą tylko w tych razach, gdy sam ulega schorzeniu lub obumiera; substancye trujące, które przy tem się tworzą, wchłaniając się do krwi, mają sprowadzać niedokrwistość złośliwą. Wilczur[21]) w 12 przypadkach niedokrwistości złośliwej stwierdził również chorobliwy lub martwy stan bróździgłowca, w przypadku Martynowa[22]) wnętrzak był zwiotczały i z łatwością rozrywał się na kawałki przy próbach rozłożenia; w przypadku Biruli[23]) bróździgłowiec był miejscami nawpół rozpadły: nawskroś zmacerowany i przesiąknięty barwikiem żółciowym, wreszcie w przypadku Jaweina[24]) był on zupełnie rozwałeczkowany i rozpadły. Jeszcze więcej godnemi uwagi są spostrzeżenia Wierjużskiego[25]), Dehio[26]), Ekkerta[27]), Schaumanna[5]) i Neubeckera[28]). Badacze ci opisali przypadki postępującej niedokrwistości złośliwej, w których, pomimo że wypróżnienia zawierały mnóstwo jaj bróździgłowca szerokiego, leczenie czerwiogubne nie wydalało pasorzyta i nawet na sekcyi w jelitach nie można go było wykryć, jakkolwiek w zawartości jelit z łatwością dawały się wykazać jaja. Okoliczność ta może być wytłómaczoną tylko w ten sposób, że wnętrzak wskutek jakiejkolwiek przyczyny obumierał i w stanie martwym przetrawiał się sokami trawieńcowymi lub wprost rozpuszczał się. Doświadczenia Wagnera[29]) istotnie wykazały, że martwe członeczki z łatwością rozpuszczają się w środowisku alkalicznem. Zbytecznem więc jest przypuszczać przetrawienie martwego wnętrzaka w jelitach, może bowiem on wprost być rozpuszczonym. Jeśli więc niektóre członeczki wnętrzaka od czasu do czasu będą obumierać, następnie rozpuszczać się i wchłaniać do krwi, to ustrój będzie wciąż zatruwać się wytworami rozpadu, które mogą wywołać niedokrwistość. Jaja bróździgłowca, jak wykazują doświadczenia Wagnera, są więcej odporne; nic więc dziwnego, że bywają one wykrywane w wypróżnieniach i zawartości jelit tam, gdzie samego wnętrzaka nie znajdowano. Zwracając się teraz do naszego przypadku, musimy przyznać, że mieliśmy do czynienia ze schorzałym bróździgłowcem. Istotnie pod wpływem leczenia czerwiogubnego wydalone zostały tylko trzy silnie zmienione członeczki i dużo jaj; następne wielokrotne poszukiwania jaj dawały zawsze wynik ujemny. Możliwem wreszcie jest przypuszczenie, że schorzały wnętrzak został zabity pierwszą dawką paproci i w dniach następnych prawie zupełnie rozpuścił się w alkalicznem środowisku jelit; ponowne zażycie paproci (po 5 dniach) i środka rozwalniającego mogło przyczynić się do wydalenia jeszcze nie uległych rozpuszczeniu trzech członeczków, oraz jaj.

Przyjrzyjmy się teraz nieco szczegółowiej składowi krwi po leczeniu czerwiogubnem. Tu przedewszystkiem zwraca naszą uwagę ta okoliczność, że pomimo obniżenia odsetkowej liczby megalocytów (z 66% do 34% po 11 dniach), bezwzględna ich liczba, wskutek zwiększenia prawie o 4 razy liczby krwinek czerwonych, podniosła się niemal w dwójnasób. Zgodnie z Schaumannem okoliczność ta może być wytłómaczoną dojrzewaniem tych megaloblastów, które utworzyły się jeszcze przed leczeniem czerwiogubnem; że obniżenie liczby mikrocytów nie zawsze odgrywa w tem rolę, wbrew twierdzeniu Schaumanna, najlepszym dowodem jest nasz przypadek, w którym bezwzględna liczba mikrocytów także podniosła się o 3 razy. W dalszym przebiegu megalocyty dawały się wykryć jeszcze po 4 tygodniach (w ilości 5%), znikły dopiero po 6 tygodniach; mikrocyty zaś można było wykryć nawet po 6 tygodniach w niewielkiej coprawda ilości (6%). Również powolnym był i powrót do prawidłowego stosunku między różnymi gatunkami krwinek białych. Wszystko to wskazuje, że zajęcie szpiku kostnego w złośliwej niedokrwistości postępującej, wywołanej bróździgłowcem szerokim, jest bardzo silne i usuwa się powoli, pomimo to, że przyczyna choroby została usunięta.

Parę słów jeszcze o stanie ciepłoty po leczeniu czerwiogubnem. Widzieliśmy, że przedstawiała ona chwilowe podniesienie gorączkowe w ciągu 3 tygodni. W spostrzeżeniach Schaumanna gorączka również nie ustępowała natychmiast z wydaleniem wnętrzaka, lecz utrzymywała się w ciągu pewnego czasu, od kilku dni do paru tygodni; w jednym zaś przypadku nawet $1^1/_2$ miesiąca. Podobne podniesienie się ciepłoty tłómaczy się, według mego zdania, łatwem na-

ruszeniem pod wpływem różnych czynników (stan podniecenia, wzdęcie brzucha i t. d.) równowagi regulujących ciepłotę ciała ośrodków nerwowych wskutek poprzedniego przewlekłego ich zatruwania. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,
elew kliniki

(Ciąg dalszy).

Pod względem etyologicznym można ująć torbiele w trzy grupy:

1) powstanie torbiela pozostaje w wyraźnym związku z urazem;

2) rozwój torbiela poprzedziły objawy zapalne w górnej części brzucha;

3) torbiel rozwija się powoli bez jakichkolwiek poprzedzających czynników przyczynowych i dopiero po dojściu do znacznych rozmiarów uciska na sąsiednie narządy i sprawia dolegliwości z przyczyn mechanicznych.

W 33 przypadkach przyjmuje Körte uraz jako przyczynę powstania torbiela, jak np. wstrząs przez przejechanie, kopnięcie w brzuch, upadek, dźwiganie ciężarów, przyczem bezpośrednio po urazie miewali chorzy uczucie pęknięcia, rozdarcia czegoś w brzuchu. Zwykle bezpośrednio po zadziałaniu urazu występowały objawy ostrego zapalenia otrzewnej. Po ustąpieniu zaś tych ostrych, gwałtownych objawów, zwykle już guz odnajdowano.

W mniejszej liczbie przypadków tej grupy czas, jaki upłynął między urazem a stwierdzeniem guza, wynosił parę lat. Ten rozmaity czas powstawania wskazuje, że uraz wywołuje najpierw zapalenie trzustki, a dopiero w następstwie jego rozwija się torbiel.

W wielu przypadkach poprzedzały wystąpienie guza objawy nieżytowe żołądka i jelit, przyczem chorzy skarżyli się na bóle, wymioty, kolki, rozwolnienie itp. Możnaby więc przyjąć, że nieżyt dwunastnicy przechodzi na przewód trzustki i tak utrudnia odpływ wydzieliny. Często spostrzegano bóle nagłe, napadowe, pod postacią kolek, przypominające kamicę żółciową; innym razem przypadłości były tak gwałtowne, że myślano o ostrem zapaleniu otrzewnej, a nawet o niedrożności jelit. Po pewnym czasie napady te ustępowały, by wkrótce znowu się pojawić.

Wogóle objawy te odpowiadały objawom ostrego zapalenia trzustki, a jako przyczynę usposabiającą przytaczają nadużycia w jadle i piciu, w pierwszym zaś rzędzie nadużycia alkoholu. Choroby zakaźne, jak dur brzuszny, zimnica lub grypa i inne, mogą, podobnie jak w innych narządach gruczołowych, tak i w trzustce, wywołać zmiany chorobowe i w ten sposób pośrednio przyczynić się do powstania torbieli.

I tak u pacyentki Salzera w okresie zdrowienia po durze spostrzeżono w okolicy pępka guz wielkości jaja gęsiego, który znikł; po 4 latach powrócił, rósł powoli, a w 15 lat od pierwszego spostrzeżenia wykonana operacya, a potem sekcya, wykazały torbiel, wychodzący z trzustki. Jeden zaś przypadek Gussenbauera stał w związku z grypą.

W kilkudziesięciu przypadkach zgoła żadnej przyczyny wykazać nie było można, przyczem przeważała tu płeć żeńska. Guz rósł powoli bez poprzedzającego urazu, lub jakichkolwiek objawów zapalnych.

Objawy kliniczne możemy ująć w 2 grupy: takie, które tłómaczyć możemy wypadnięciem dla ustroju czynności wskutek zwyrodnienia gruczołu — i takie, które występują w następstwie mechanicznego ucisku guza na otaczające narządy. Zaburzenia pierwszej natury występują dopiero przy rozległych zniszczeniach gruczołu, gdyż, jak to wykazały doświadczenia Minkowskiego na psach, objawy charakterystyczne występują zwykle dopiero po całkowitem wycięciu trzustki.

Do objawów tych należą: cukrzyca, biegunka tłuszczowa i objaw, na który zwraca uwagę Müller, tj. wielka ilość niestrawionych włókien mięsnych w stolcu.

Obecność cukru w moczu obok innych objawów, wskazujących na schorzenie trzustki, ma w każdym razie wielkie znaczenie rozpoznawcze; jednak tak wyjątkowo go znachodzono, że brak cukru niczego nie dowodzi.

Biegunkę tłuszczową, co dawniej uważano za charakterystyczny objaw schorzeń trzustki, spostrzegano również bardzo rzadko.

Doświadczenia Abelmanna[6]) na psach wykazały, że przy całkowitem wycięciu trzustki nie zemulgowane tłuszcze nie ulegały wessaniu; częściowo zaś tylko wchłaniały się tłuszcze w naturalnej emulsyi, jak np. mleko. Po zostawieniu części gruczołu małe ilości tłuszczów zostały strawione, większe ilości tylko w części, a tłuszcze mleka w znacznej części. Wynik tych doświadczeń możemy też w pewnej mierze odnieść do patologii człowieka. Obecność dużych ilości tłuszczów w stolcu przy pożywieniu skąpem w tłuszcze wskazuje na rozległe schorzenie narządu, o ile oczywiście stwierdzimy inne objawy i jeżeli wydzielanie żółci odbywa się bez przeszkody.

Ta jednak *steotorrhoë* nie jest objawem patognomonicznym, gdyż w bardzo wielu przypadkach brak jej; z drugiej zaś strony spostrzegano ją i przy trzustkach zdrowych.

Wzmożone ślinienie *(salivatio pancretica)*, czemu dawniej również wielkie przypisywano znaczenie, w torbielach trzustki spostrzegano tylko 2 razy, t. j. w przypadku Ludolpha i Zielstorffa[7]).

Do drugiej grupy należą objawy, pochodzące z ucisku na narządy sąsiednie, a więc w pierwszej linii na żołądek. Spostrzegamy zazwyczaj bóle żołądkowe o rozmaitym charakterze: raz uczucie ucisku w nadbrzuszu, to znowu bóle, rozprzestrzeniające się ku kręgosłupowi, zwłaszcza po jedzeniu, wreszcie bóle napadowe, lub kurczowe itd. Z reguły występowały nudności, odbijania, brak łaknienia, wymioty itp., a objawy te nieraz były tak gwałtowne, że myślano o niedrożności jelit.

Skutkiem ucisku na jelita, a głównie na poprzecznicę, występują objawy wskazujące na utrudnioną czynność jelit, jak bóle, zaparcie stolca, niekiedy naprzemian z biegunką. Łatwo może być uciśniętym przewód żółciowy wspólny *(choledochus)* i wówczas występuje żółtaczka, kilkakrotnie

[6]) Abelmann: Inaug. Dissert. Dorpat 1890.
[7]) Körte.

już spostrzegana. Niektórzy autorowie, jak Heinricius, odnoszą bóle w jamie brzusznej do ucisku torbiela na splot trzewny i jego zwoje i nazywają je poprostu *„neuralgia coeliaca“*.

Skutkiem bólów po przyjęciu pokarmów chorzy źle się odżywiają, a w następstwie zaburzeń mechanicznych w czynności przewodu pokarmowego, trawienie jest wadliwe, więc też szybko występuje znaczne wychudnienie i upadek sił. To wychudnienie i utrata sił nie występują tak gwałtownie przy innych torbielach tej okolicy, jak przy bąblowcach wątroby i śledziony; spostrzegano je także w torbielach *bursae omentalis.*

Torbiele duże, zawierające około 20 litrów płynu, podnoszą przeponę ku górze, uciskają płuca i serce i w ten sposób wywołują objawy duszności. Rupprecht nawet spostrzegał zwolnienie tętna, co tłómaczy podrażnieniem nerwu błędnego. Położenie trzustki przed aortą brzuszną sprawia, że przy silnem napięciu ścian torbiela, tętnienie aorty przenosi się na guz. Ztąd owe nieprzyjemne podmiotowe uczucie „pukania“ w guzie i tętnienie samego guza.

W wiekszości przypadków znajdowały się torbiele w górnej części brzucha i przedstawiały się jako półkuliste wypuklenia, a sięgaly od wyrostka mieczykowatego do pępka lub obok niego, choć nieraz sięgały aż do spojenia łonowego, a zawierały 10—20 litrów płynu. Kształt ich kulisty lub owalny; powierzchnia z reguły gładka, napięta. Zazwyczaj okazują bardzo wyraźne chełbotanie, choć nieraz napięcie ścian jest tak silne, że chełbotania wyczuć nie można.

Niemal zawsze torbiele są albo bardzo mało, albo wcale nieporuszalne, wskutek czego rzadko spostrzegano obniżanie się guza przy oddechaniu. Zależy to od silnego przymocowania trzustki do tylnej ściany brzusznej.

Charakterystycznem poniekąd dla torbieli trzustki jest nagłe znikanie guza i ponowne jego pojawianie się po pewnym czasie. Jako przyczynę tego znikania spostrzegano wylanie się treści torbiela do jelita przez chwilowy powrót drożności w przewodzie Wirsunga, przebicie torbiela do żołądka lub jelita, a wreszcie wylanie się płynu do jamy otrzewnowej po pęknięciu ścian torbiela w następstwie urazu, próbnego nakłócia, lub też samowolnego pęknięcia. W przypadku Starcka[8]) powodem znikania i pojawiania się guza było przemieszczenie się jego pod przeponę, czego przy grubych powłokach brzusznych nie można było wybadać.

Płyn zawarty w torbielach w największej liczbie przypadków był barwy brunatno-czerwonej, ba — nawet czarnej, a w kilku tylko przypadkach miał być jasnym, nawet wodojasnym, czasem opalizującym. To ciemne zabarwienie płynu pochodzi od przymieszki barwika krwi. W ścianach torbieli znajdowano liczne naczynia o cienkich ścianach, z których właśnie, może pod wpływem nadżerających własności płynu, pochodzi ta krwawa domieszka. Niekiedy wystarcza próbne nakłócie, by krwotok do torbiela wywołać. Mikroskopowo znajdowano w płynie tym składniki krwi, rozpadłe komórki, kulki tłuszczu, czasem cholestearynę, łuski barwika, resztki komórek nabłonkowych, tkankę rozpadową itd.

[8]) Starck: Zwei Fälle cystischer Pancreasgeschwülste. Brunsa Beitr. zur klin. Chir. Bd. 29 3. 1901.

Oddziaływanie płynu prawie zawsze alkaliczne; ciężar gatunkowy 1010—1020; płyn zawsze zawierał znaczną ilość białka.

Czasem, ale rzadko znajdowano któryś z zaczynów trzustki. Najczęściej wykazać można było zaczyny działające dyastytycznie (amylopsyna,) rzadziej trawiące białko, lub zmydlające tłuszcze. Ze względu jednak, że inne płyny, jak np. wysięki, płyny przesączynowe, płyn torbieli jajnikowych itp. posiadają także czasem w małym stopniu własności dyastatyczne, przeto tylko wybitne oddziaływanie na skrobię możemy zużytkować w kierunku rozpoznawczym; słabe działanie niczego nie dowodzi, podobnie jak brak jakiegokolwiek zaczynu jest bez znaczenia.

W niektórych przypadkach w płynie torbiela żadnego zaczynu nie wykazano, a mimoto wydzielina z powstałej przetoki posiadała charakterystyczne własności trawiące.

(Dokończenie nastąpi).

III. Wyciągi.

Engelmann (Hamburg). **Uwagi nad t. zw. fizyologicznym roztworem soli kuchennej.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 4). Fizyologiczny rozczyn soli kuchennej oznaczają niektórzy dowolnie: 0·5, 0·6, 0·7, 0·75 i 0·9% rozczyn chlorku sodowego, choć najczęściej nazwa ta oznacza 0·6% rozczyn soli kuchennej. Jednakże 0·6% rozczyn Na Cl jest tylko obojętnym dla narządów żab, używanych najczęściej do doświadczeń fizyologicznych; natomiast liczne i dokładne doświadczenia wykazały, że 0·9% rozczyn soli jest izotonicznym z surowicą zwierząt ssących, to znaczy, że ciałka krwi czerwone nie zmieniają w nim swej objętości i znajdują się w równowadze osmotycznej, podczas gdy w silniejszym rozczynie ciałka krwi się kurczą, a w słabszym, a zatem i w 0·6%, pęcznieją. Pod drobnowidem można stwierdzić, że ciałka krwi żaby zmieniają swój kształt we wszystkich rozczynach soli kuchennej, z wyjątkiem 0·64%, izotonicznego z krwią żabią, że natomiast z rozczynów soli, tak zw. fizyologiczny (0·6%) najbardziej niszczy ciałka krwi zwierząt ssących. Izotonia surowicy zwierząt ssących i 0·9% rozczynu Na Cl wynika również w prosty sposób z oznaczenia punktu marznięcia, który dla obu tych płynów wynosi 0·56° C.; natomiast 0·6% rozczyn marznie około 0.40°. Z tego wszystkiego wynika, że tylko **0·9**% rozczyn chlorku sodowego należy uważać za izotoniczny z surowicą krwi ludzkiej i dla ustroju ludzkiego najbardziej obojętny i że ten rozczyn należy stosować do wlewań podskórnych, przepłókiwania jam ciała, jako płyn do konserwowania itp.; do znieczulenia sposobem Schleicha należy używać 0·8% rozczynu soli, który razem z dodatkiem kokainy posiada mniejwięcej punkt zamarzania krwi. *Dr. Fels.*

Prof. Peters. **Uwagi o jaglicy.** (*Münchener med. Wochs.* 1903, Nr. 3). Cechą jaglicy nie są prawdziwe ziarna jaglicze i blizny, lecz tworzenie się, względnie bujanie tkanki gruczołowatej *(adenoides Gewebe)*, a mieszki i blizny są tylko następstwem tworzenia się tej tkanki; to też rozpoznanie nie polega na rozróżnieniu prawdziwych ziarn jagliczych i mieszków dobrotliwych. Jednakże tkanka gruczołowata może być tak skąpą, że nie przychodzi wcale do tworzenia się mieszków, a więc i blizn, i wejrzenie takiej spojówki nie wiele się różni od zwyczajnego przewlekłego zapalenia przerostowego spojówek; są to zdaniem P. postacie poronne jaglicy. To też nieraz rozpoznaje się jaglicę ostrą, która w dalszym przebiegu przedstawia się jako sprawa dobrotliwa, a z drugiej strony rozpoznaje się z początku ostre lub podostre niewinne zapalenie spojówek, a później tworzą się ziarna jaglicze i blizny. Przyjęcie tkanki gruczołowatej za główną cechę jaglicy nie upraszcza wprawdzie rozpoznania, lecz tłómaczy nam wiele rzeczy, któreby zostały niewytłómaczone bez tych postaci poronnych. Przyjmując te postacie poronne rozumiemy, że zdarzają się nieraz większe lub mniejsze epidemie ostrego lub podostrego zapalenia spojówek, z których tylko część przechodzi w jaglicę. Dlatego w żadnym przypadku epidemicznego zapalenia spojówek nie można z góry orzec, czy ono jest dobrotliwe, lecz dopiero po ustąpieniu objawów ostrych można stwierdzić, czy powstało więcej lub mniej tkanki gruczołowatej, to znaczy, czy mamy przed sobą t. zw. prawdziwą jaglicę, czy tylko przewlekłe zapalenie spojówek.

Tworzenie się tkanki gruczołowatej zależy zdaniem autora od szczególnego usposobienia; inaczej nie byłoby zrozumiałom, dlaczegoby zarodek jaglicy nie wyszukał swoich ofiar podobnie, jak np. prątek błonicy, również częsty u bogotych, jak i u biednych. To usposobienie pojmuje P. w ten sposób, że wprawdzie u wielu osób po zarażeniu się następuje wzmaganie się tkanki gruczołowatej spojówek, lecz tylko mały odłamek z powodu wpływów cielesnych i rodzinnych, klimatycznych i miejscowych oddziaływa w ten sposób, że tkanka gruczołowata tak silnie się rozwija, iż tworzą się potem mieszki i blizny. Dym, pył, złe powietrze i nieczystość mogą temu usposobieniu sprzyjać, chociaż w innych okolicach te same szkodliwości nie wywołują jaglicy. Jeśliby samo zarażenie wystarczyło, nie byłoby tak łatwem zapobiedz szerzeniu się jaglicy w szpitalach i przy masowych ordynacyach. Zapobieganie jaglicy ma się ograniczyć na tych samych zarządzeniach, stosowanych także dla zarażenia zakażeniom rzeżączkowym, a mianowicie na pouczeniu społeczeństwa, że każde z wydzieliną połączone zapalenie spojówek tak długo ma być uważanem za zaraźliwe, dopóki lekarz temu nie zaprzeczy, a po dotykaniu takiego oka ręce należy obmyć wodą i mydłem. *Dr. Fels.*

Z u p p i n g e r. **O podskórnych wstrzykiwaniach żelatyny w wieku dziecięcym.** (*Wiener klin. Wochenschr.* Nr. 52. 1902). Autor wyraża wielkie zaufanie do żelatyny jako środka tamującego krwotoki. Stosował ją z bardzo dobrym skutkiem w trzech rozpaczliwych przypadkach krwotoków u dzieci z chorobami krwi. Użył do tego 40 ctm³ 2% żelatyny w postaci podskórnego wstrzyknięcia, poczem krwotoki ustały. Używał także żelatyny w czerniaczce noworodków i ani jednego dziecka nie stracił, podczas gdy dawniej, mimo wszelkich środków i starań, tracił 50% dzieci chorych na tę chorobę. Żelatyna może znaleźć zastosowanie także w krwotokach płucnych, w krwotokach występujących w durze brzusznym, w przypadkach krwawień przy wrzodzie okrągłym. Złą stroną żelatyny jest, że trudno jej dostać bakteryologicznie czystej. Levy i Bruns podają, że na 19 próbek żelatyny, w dwunastu wykazano prątek tężca. Zapobiedz temu można przez częste wyjaławianie żelatyny, a fabryka chemiczna Mercka rozsyła już jałową 2% żelatynę, odpowiadającą wszelkim wymaganiom czystości. Co do dawki, to wstrzykuje się u osesków 15—20 ctm³ 2% żelatyny: w razie braku skutku powtarza się tę dawkę; u dzieci większych — 30—40 ctm³ tegoż 2%, a w ciężkich przypadkach nawet 5% roztwór. Roztwór tworzy się przez zmięszanie żelatyny w odpowiednim stosunku z cieczą fizyologiczną. Przeciwwskazaniami do tych zastrzykiwań mają być: białkomocz i zapalenie nerek, jakkolwiek autorowie notują przypadek zapalenia krwotocznego nerek, wyleczonego podskórnem wstrzyknięciem żelatyny. *B. Żmigród.*

S i l b e r s t e i n. **Pochodzenie wód płodowych w jaju ludzkiem.** (*Praca nagrodzona. Archiv f. Gyn.* tom 67, zeszyt 3, 1902). Sprawa pochodzenia wód płodowych nie jest jeszcze dotychczas rozstrzygnięta. Jedni starają się udowodnić, że wody płodowe są przesączyną z naczyń błon doczesnych (Ott, Ahlfeld, Fehling): inni, że są one głównie wytworem nerek płodowych (Gusserow). Teorya Gusserowa zyskała w ostatnich latach coraz więcej zwolenników, dzięki doświadczeniom, jakie przeprowadzano w tym kierunku. Gusserow szukał w wodach płodowych mocznika i znalazł go w 16-tu przypadkach 13 razy. Następnie podawał rodzącym nalewkę jodową, poczem wykazał jod tak w moczu noworodków, jak i w wodach płodowych. Do tego samego wyniku doszedł Benicke z kwasem salicylowym. Ponieważ ciała te i inną drogą mogły się tam dostać (wprost z naczyń), przeprowadzał Gusserow doświadczenia z kwasem benzoesowym. Kwas ten zamienia się w nerkach na kwas hipurowy. Podawał więc rodzącym bedźwinian sodowy. Istotnie mocz noworodków zawierał we wszystkich przypadkach, użytych do doświadczeń, kwas hipurowy, nigdy zaś nie było kwasu benzoesowego. W wodach płodowych znaleziono również, choć nie we wszystkich przypadkach, kwas hipurowy, nigdy benzoesowego. Że nie znajdowano kwasu hipurowego we wszystkich wodach płodowych, tłómaczy Gusserow tem, że to zależy od tego, czy płód oddał mocz przed porodem, czy też nie. Podobne doświadczenia z tymsamym wynikiem przeprowadzał Dührssen. Schaller robił doświadczenia z florydzyną, która w nerkach przemienia się w cukier. Z 22 przypadków znalazł 6 razy cukier w wodach płodowych. Wiener wstrzykiwał płodom w grzbiet siarkan sodowo-indygowy: po krótkim czasie mógł wykazać niebieskie zabarwienie wód płodowych. Schatz wreszcie przeprowadzał w ostatnich czasach badania nad t. zw. trzeciem krążeniem płodów bliźniaczych jednojajowych. Przez odpowiednie nastrzykania łożyska takich bliźniąt wykazał, że między krążeniem obu bliźniąt istnieje t. zw. krążenie trzecie, polegające na tem, że tętnice jednego z bliźniąt łączą się z żyłami drugiego z bliźniąt. Nadto przekonał się, że szerokość prądu w tem krążeniu, prowadzącego krew od pierwszego z bliźniąt do drugiego nie odpowiada w zupełności prądowi, odprowadzającemu krew od drugiego z bliźniąt do pierwszego. Wskutek tego powstają zaburzenia w zaopatrzeniu krwią obu bliźniąt o tyle, o ile pierwsze z nich więcej oddaje, aniżeli otrzymuje. Następstwem tego braku wyrównania dynamicznego muszą być zmiany czynnościowe w narządach wewnętrznych płodów, mające na celu wyrównanie tych zaburzeń. W ten tylko sposób można wytłómaczyć te czasem znaczne różnice w wymiarach i ciężarach obu bliźniąt. Pokazało się, że u płodów bliźniaczych jednojajowych, których wymiary zewnętrzne i ciężary mózgów zupełnie sobie odpowiadały, znaczne były różnice w ciężarze serc, nerek i pęcherzów moczowych. We wszystkich przypadkach płód bliźniaczy (II) był lepiej krwią zaopatrzony (*polyhydramnion*), a gorzej płód (I) (*oligohydramnion*). Wskutek większego dopływu krwi do płodu drugiego bliźniaczego, aniżeli odpływu, musi i serce silniej pracować, aby tę większą ilość krwi w ruch wprowadzić; musi więc w tym drugim płodzie przyjść do wytworzenia się przerostu roboczego serca; wskutek zaś wzmożonego ciśnienia krwi u tego płodu wzmaga się i moczenie, które znowu prowadzi do przerostu roboczego nerek i pęcherza moczowego. S t r a s s m a n n powtórzył te badania i znalazł również przerost serca, nerek i pęcherza moczowego u jednego z bliźniąt w połączeniu z nadmiarem potoku (*polyhydramnion*), a upośledzony rozwój tych narządów u drugiego, w połączeniu z niedostatkiem potoku (*oligohydramnion*). Jasno z tego wynika, że przyczyny tej różnicy w ilości wód płodowych należy szukać w samych płodach, w szczególności w niesymetrycznym rozwoju ich serc i nerek. Płód z przerostem tych narządów oddawał wskutek wzmożonego moczenia większą ilość moczu do swej owodni; drugi zaś z niedorozwojem tych narządów mniejszą. Przedstawiając swój własny przypadek, podaje autor dokładną historyę porodu, ryciny i daty, dotyczące wymiaru i ciężaru pojedynczych narządów w obu płodach bliźniaczych. *Dr. E. Ehrenpreis.*

N o b é c o u r t i V o i s i n. **O durze brzusznym i nieżycie jelit u osesków.** (*Revue des maladies de l'enfance* 1903, styczeń). Dur brzuszny u dzieci poniżej lat dwóch należy niewątpliwie do zjawisk rzadkich. Jakkolwiek w ostatnich latach dzięki serodyagnostyce Widala można uczynić pewne rozpoznanie duru w przypadkach, w których dawniej mógł być zapoznany, to jednak i w nowszych zestawieniach statystycznych odsetek duru u niemowląt nie przekracza 1·8% na 100 spostrzeganych przypadków tej choroby. Zachowanie się surowicy u dzieci pod względem odczynu Widala nie różni się wybitnie od stosunków u chorych dorosłych: wbrew twierdzeniu Rosenthala autorowie przypuszczają, że odczyn występuje u dzieci może nieco wcześniej i że jest czulszy, niż u osobników dorosłych.

Przypadek, który autorowie podają do wiadomości, jest zajmujący ze względu na powikłanie duru brzusznego z poprzednio istniejącym nieżytem jelit, przez co obraz chorobowy był tak zmieniony, że w okresie późniejszym bez odczynu surowiczego uczynienie właściwego rozpoznania byłoby prawie niemożliwe. Osutka ustąpiła, stolce przybrały wejrzenie szlamowate i zielone zabarwienie, oczy zapadłe, podsiniałe, wychudnięcie znacznego stopnia i ustawiczny niepokój, pomimo że ciepłota była stosunkowo niższa, niż z początku sprawy chorobowej. Powikłanie to, spostrzegane również przez innych autorów, zasługuje na uwagę ze względu na wskazówki, jakie daje co do leczenia i rokowania. We wzmiankowanym przypadku nieżyt kiszkowy stał się istotną przyczyną śmierci dziecka, czyniąc niemożebnem wszelkie odżywianie. Podawanie mleka powodowało natychmiastowe pogorszenie objawów kiszkowych i ogólnych; stosowano po kolei wszystkie inne sposoby odżywiania, niektóre z przemijającem polepszeniem, lecz ostatecznie wszystkie bez skutku. Nie można zatem postawić bezwzględnych wskazań co do sposobu żywienia dziecka w durze brzusznym. W przypadkach powikłanych nieżytem jelit należy postępować tak, jak w czystym nieżycie. Śmiertelność z duru brzusznego poniżej lat dwóch jest wogóle znaczna; można ją obliczać na 50%. Tę okoliczność należy brać w rachubę przy ocenieniu wartości leczniczej różnych sposobów leczenia. *Dr. T. Żeleński*

M u n c h. **Zmiany w brodawkach języka jako wczesny objaw rozpoznawczy płonicy.** (*Semaine médicale* 1903, Nr. 6). Rozpoznanie przypadków płonicy bez osutki, lub z osutką nieznaczną i szybko przemijającą, bywa niekiedy bardzo trudne. Ze względu na zapobieganie szerzeniu się choroby, uczynienie wczesnego i trafnego rozpoznania jest rzeczą niezmiernej wagi, a objaw, dzięki któremu moglibyśmy we wszystkich przypadkach płonicę wyśledzić, byłby bardzo cennym. Wymioty, występujące mniejwięcej w 80% przypadków, są objawem zbyt pospolitym, zwłaszcza u dzieci i mało znamiennym: objawy ze strony gardła nie zawsze są dość wyraźne, aby zwrócić uwagę lekarza. W każdym razie objawy te są bardzo

ważne: już bardzo skąpa punkcikowata osutka w pasze i pachwinie przy równoczesnym obrzęku migdałków i punkcikowatej osutce na podniebieniu pozwala nam rozpoznać płonicę nawet przy braku wyraźniejszych zmian na skórze. Niekiedy jednak brak i tych skąpych wskazówek. Wówczas należy szukać objawu, któremu Dr. John H. Mc Collom przypisuje duże znaczenie, a mianowicie pewnych, właściwych tej chorobie zmian na brodawkach języka.

Objaw ten może być mniej lub więcej wyraźny, nie brakuje go jednak w żadnym przypadku płonicy. Jeżeli chory wyciągnie język, widzimy, że brodawki, pokrywające koniec i brzeg języka (*papillae fungiformes*), przedstawiają obraz wybitnego przerostu i odcinają się wyraźnie od brodawek środka języka (*papillae filiformes*), od których prócz tego różnią się zwykle zabarwieniem. Zmiany te są wyrazem istotnej sprawy zapalnej błony śluzowej; t. zw. „język malinowy“, uważany za klasyczny objaw płonicy, jest tylko dalej posuniętym okresem tych zmian. Objaw ten występuje w płonicy wcześniej od wszystkich innych i trwa przez pięć tygodni lub dłużej. Jako objaw służący do uczynienia rozpoznania wstecznego płonicy po zniknięciu sutki, uważa Mc Collom białą linię, występującą na granicy pomiędzy skórą a paznogciem. Linia ta, zapowiadająca początek łuszczenia, występować ma już piątego dnia choroby i to tem wcześniej, im przebieg choroby był łagodniejszy. Jest ona wyraźną nawet przy słabem łuszczeniu i przy braku osutki, a nie pojawia się w żadnej innej chorobie, oprócz płonicy.

Dr. T. Żeleński.

Prof. Tarchanow. **Fizyologiczne działanie adrenaliny na ustrój zwierzęcy.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 47). Doświadczenia T. wykazują, że adrenalina, wprowadzona podskórnie do ustroju zwierząt nawet w małych dawkach (0,02), wywołuje silny skurcz naczyń obwodowych i przepełnienie krwią narządów wewnętrznych, zwłaszcza płuc, których powierzchnia przedstawia rozległe wybroczyny; ciepłota opada w wysokim stopniu (o 3—17°) wskutek tamującego wpływu adrenaliny na sprawy utleniania. Wprowadzona zaś do żołądka, nawet w dużej dawce, adrenalina przeciwnie niema żadnego działania. Ponieważ sok żołądkowy i trzustkowy nie niszczą adrenaliny, należy przypuszczać, że w razie stosowania jej przez usta, adrenalina staje się nieszkodliwa dzięki wątrobie. Pędzlowanie adrenaliną błon śluzowych nie sprowadza również ogólnego działania, miejscowo zaś wywołuje silny skurcz naczyń.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Taranuchin. **Precypityny surowic przeciwmorowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 44). Doświadczenia T. z uodpornianiem zwierząt przeciwko laseczníkom morowym doprowadziły go do wniosków następujących: 1) podczas uodporniania zwierząt jadem morowym lub jego szczepionkami (limfa Chawkina, zabite chloroformem hodowle agarowe), w surowicy tych zwierząt powstają precypityny, które wywołują osad w przesączu hodowli żywych, a zwłaszcza zabitych laseczników morowych i w substancyach, wyciągniętych z ciał tych laseczników sposobem Lustig-Galeottiego; 2) precypityny można wykryć w surowicy uodpornianych zwierząt już po parokrotnem wprowadzeniu pod skórę zabitej hodowli agarowej; największa ich ilość występuje ku końcowi uodporniania; 3) strącająca siła surowicy przeciwmorowej, jakkolwiek z czasem słabnie, zachowuje się długo, niemniej niż $1^1/_2$ lat; 4) precypityny te są swoiste dla surowicy przeciwmorowej i nie zawierają się w innych surowicach; 5) substancya, strącająca się pod wpływem surowicy przeciwmorowej z przesączu limfy Chawkina, starych hodowli bulionowych lasecznika morowego i z hodowli agarowych, zabitych chloroformem, jest najprawdopodobniej identyczną z substancyą, otrzymaną przez Lustig-Galeottiego; 6) otrzymany osad, przepłókany kilkakrotnie 0,6% NaCl, odznacza się własnością uodporniającą. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Gejnac. **Późne nawroty raka.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 44). Autor zebrał 709 przypadków raka, spostrzeganych w klinice chirurgicznej od r. 1870 do 1900. Z tej liczby 122 (17,2%) chorych wstąpiło do kliniki z powodu nawrotu raka Najwcześniejszy nawrot spostrzegano w tydzień po operacyi; przed upłynięciem roku stwierdzono nawrót w 56 przypadkach (45,9%); przypadków, w których nawrót nastąpił po 1-go roku do 3 lat było 46 (37,7%). Wreszcie po 3 latach stwierdzono nawrót w 18 przypadkach (15%). Podobne nawroty późne najczęściej dotyczyły chorych na raka wargi (6), następnie na raka gruczołu piersiowego (3) i policzków (3). Okres czasu od wycięcia nowotworu do zjawienia się nawrotu późnego wynosił $3^1/_2$—19 lat. Pogląd więc Volkmanna, jakoby chory, który nie wykazuje żadnych objawów nawrotu w ciągu trzech lat po operacyi, był zupełnie wyleczony, nie ma, zdaniem G., podstawy. Przebieg późnych nawrotów może być równie złośliwy, jak i wczesnych; dlatego też nawroty te wymagają możliwie wcześniejszego operowania. Późne nawroty zależą od bujania cząsteczek nowotworowych, pozostałych podczas operacyi, i spostrzegają się przeważnie u osób o silnej budowie, nie osłabionych chorobami niszczącemi i przymiotem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łang. **Wpływ wody, białkanów, tłuszczów i węglowodanów na wydzielniczą czynność żołądka zdrowych ludzi.** (*Izwiestija Imperat. Wojenno-Medicinskój Akad.* 1902, t. V, Nr. 2). Wprowadzając do zdrowego żołądka przez zgłębnik żołądkowy wodę, skrobię, dekstrynę, cukier, proszek mięsny, białko jaja kurzego, roborat i tłuszcze tak, że badany nie wiedział, co mu wlewano (co usuwało wpływ psychiczny), i badając następnie po upływie różnego czasu sok żołądkowy, przyszedł autor do wniosku, że ze wszystkich wymienionych substancyj jedynie przetwory białkowe wywołują wydzielinę soku żołądkowego, niezależnie od wpływu psychicznego; tłuszcze, a w mniejszym stopniu cukier i dekstryna, zatrzymują w żołądku treść przez dłuższy czas: woda podnieca gruczoły trawienne tylko w żołądku chorym z podniesioną wrażliwością błony śluzowej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łang. **Oznaczenie ruchowej i wydzielniczej czynności żołądka, sposobem prof. Sahli.** (*Izwiestija Imper. Wojenno-Medicinskoj Akademii* 1902, t. V, zesz. 1). Ł. sprawdzał w pracowni prof. Janowskiego (Petersburg) metodę Sahliego oznaczania czynności żołądka, polegającą, jak wiadomo, na podaniu zupy mącznej z równomierną domieszką oznaczonej ilości tłuszczu; z % zawartości tłuszczu w soku żołądkowym po upływie godziny S. wnioskuje o wydzielniczej i ruchowej czynności żołądka. Badania Ł. wykazują jednak, że otrzymany po upływie godziny sok żołądkowy nie przedstawia jednakowej zawartości tłuszczu w różnych porcyach: w niektórych razach zawartość tłuszczu w pierwszej połowie wyciągniętego soku przewyższała prawie 2 razy zawartość jego w drugiej i odwrotnie. Tłuszcze więc nie tworzą po próbnem śniadaniu Sahliego, wbrew jego oczekiwaniom, równomiernej mięszanki z zawartością żołądka. Wobec tego metoda Sahliego traci na swej ścisłości i doniosłości. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Steinbüchel. **Tymczasowe doniesienie o zastosowaniu wstrzykiwań skopolaminy z morfiną w położnictwie.** (*Centr. für Gynäcologie* 1902, Nr. 48). Zachęcony pracą Korffa o znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem Schneiderlinga, poczynił autor szereg prób w położnictwie. Skopolamina, zastosowana podskórnie łącznie z morfiną, jest środkiem, obniżającym znakomicie bolesność skurczów porodowych bez szkodliwego wpływu na ich przebieg; nie zagraża płodowi, nie wywołuje po wypchnięciu jaja płodowego niedowładu macicy, jak się czasem zdarza po chloroformowaniu. Nie przeszkadza bynajmniej zastosowaniu uśpienia przez wziewanie, jeśli zajdzie potrzeba użycia go podczas porodu. Nie będąc wcale środkiem niebezpiecznym, powinna znaleźć szerokie zastosowanie w prawidłowych porodach celem uśmierzenia bólów, lub w nieprawidłowych, gdy zachodzi potrzeba wykonania zabiegu operacyjnego. Sposób użycia polega na podskórnem wstrzykiwaniu pół lub jednej strzykawki Pravaza wodnego roztworu: *Scopolamini hydrobromici 0,0003* (trzy decimili), *Morphini hydrochlorici 0,01 S. Na jedną dawkę.* Można ją powtarzać co dwie godziny. Działanie występuje w pół godziny i dochodzi do szczytu w 1—$1^1/_2$ godziny, poczem słabnie. Uchwyciwszy dobrze czas najwybitniejszego działania, można wykonywać operacyjne zabiegi położnicze. Srodek ten nie wywołuje i nie pozostawia żadnych ubocznych przypadłości.

G. Grzybowski

Gigli. **Uduszenie się noworodka z powodu wrodzonego zarośnięcia krtani.** (*Archivio italiano di ginecologia.* Sierpień 31, 1902). W jednym przypadku nie można było wprowadzić noworodkowi powietrza do płuc. Wykonano tracheotomię, mimoto noworodek wkrótce zmarł. Sekcya wykazała obecność wrodzonej przegrody między krtanią a tchawicą, krtań kończyła się ślepo. Przyczyna tkwiła w rozwojowej wadzie chrząstki pierścieniowej, albowiem chrząstka zamiast postaci pierścienia miała kształt krążka, zamykającego krtań. *G. Grzybowski* (Kraków).

D. de Buck i D. van der Linden. **O wygórowaniu odruchów przy raku.** (*Presse médicale* 1903, Nr. 1). W nader licznych przypadkach na pewne udowodnionego raka, bez względu na jego siedzibę, znaleźli autorowie odruchy ścięgniste wygórowane, mniej lub więcej, posunięte niekiedy aż do klonizmu. Także odruchy skórne, zwłaszcza brzuszne, okazywały się częstokroć wygórowanymi. Z czasem, w miarę rozszerzenia się sprawy nowotworowej, zmieniają się odruchy, pobudliwość ich się obniża i to naprzód odruchów skórnych, potem ścięgnistych. W przypadkach tedy podejrzanego ukrytego procesu rakowego ma, zdaniem autorów, wygórowanie odruchów ścięgnistych znaczenie cennej wskazówki, przemawiającej za złośliwością sprawy. Autorowie przypuszczają, że toksyny nowotworów złośliwych są źródłem bodźców dla narządu nerwowego odruchowego, podobnych do działania innych czynników, np. strychniny. *Dr. M. Blassberg.*

Abraham. **O leczeniu rzeżączki u kobiet zapomocą drożdży.** (*Arch. f. Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 6, 1902). Sposób leczenia rzeżączki u kobiet drożdżami, znany już Hipokratesowi, podjął w ostatnich czasach Landau i to z dobrym skutkiem. Landau przyjmuje następujące możliwości, jako przyczyny dobrego wyniku tego leczenia: 1) Przez ciągły wzrost drożdży zostają drobnoustroje, utrzymujące nieżyt, usunięte niejako mechanicznie; 2) rozwój tych drobnoustrojów zostaje powstrzymany przez odciągnięcie wody lub innego materyału, potrzebnego im do życia; 3) zostają one może zniszczone pod wpływem wytworów przemianie materyi drożdży. Inni autorowie podają również dobre wyniki tego leczenia; wytłómaczenia jednak leczniczego wpływu drożdży szukała napróżno. Autor przeprowadzał cały szereg badań nad chemicznem działaniem drożdży i ich wpływem bakteryobójczym i doszedł do następujących wyników:

1) Drożdże są w stanie zniszczyć gonokoki, co udało się stwierdzić tak klinicznie, jak i bakteryologicznie.

2) Bakteryobójcze działanie drożdży jest natury chemicznej i zależy od jakiegoś enzymu, nie dającego się ściśle określić.

3) Suche wyjałowione drożdże działają bakteryobójczo tylko po dodaniu do nich cukru, świeże drożdże i bez tego.

4) Działanie świeżych drożdży występuje o wiele silniej po dodaniu do nich asparaginy. Chodziło jeszcze o wygodny a praktyczny sposób użycia. Aby ten cel osiągnąć, starał się autor sporządzić gałki pochwowe, któreby sobie chora sama mogła wprowadzać do pochwy i to najlepiej wieczór tak, aby drożdże mogły działać całą noc. Udało mu się to przy pomocy żelatyny, do której dodawał drożdże i asparaginę w pewnym określonym stosunku. Gałki te, powleczone oliwą parafinową, utrzymują drożdże dłuższy czas w stanie żywotnym. Stosowano je z dobrym skutkiem przeciw zmianom rzeżączkowym przedsionka pochwy i macicy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Schultz. **O przeszczepianiu jajników.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 6, 1902). Omówiwszy nie bardzo obszerne piśmiennictwo tego przedmiotu (Knauer, Gregorieff, Arendt, Ribbert, Herlitzka, Foà), przechodzi autor do swoich doświadczeń. Do tego używał głównie jajników ze świnek morskich, prócz tego z myszy i szczurów. W jednym szeregu przypadków przeszczepiał jajniki wycięte ze świnek na inne miejsca (najczęściej pod powłoki brzuszne) tegosamego osobnika; w drugim szeregu na inne świnki płci żeńskiej, ale tejsamej rasy; wreszcie przeszczepiał jajniki na osobniki płci męzkiej: tu znowu można badania rozdzielić na trzy grupy: *a*) badania z 3, 5 i 8 dnia po przeszczepieniu; *b*) mniej-więcej z 3 tygodnia i *c*) z późnego okresu. Wyniki tych badań są następujące: 1) Jajniki zwierząt ssących, przeszczepiane na osobniki płci żeńskiej tejsamej rasy, są w stanie wytwarzać jajka i ciałka żółte. 2) Jajniki zwierząt ssących, przeszczepiane na osobniki płci męzkiej tejsamej rasy, mogą wytwarzać dojrzałe jajka do 42 dnia po przeszczepieniu, a dają się wykazać jeszcze po 117 dniu. 3) Jajniki zwierząt ssących, przeszczepiane na osobniki płci żeńskiej innej rasy, okazują w pierwszych 8 dniach tesame stosunki, jak jajniki również 8-dniowe po przeszczepieniu na osobniki tejsamej rasy. 4) Zaraz po przeszczepieniu część jajnika ulega zwyrodnieniu (I st.); część zaś ulega zmianom, które się znajduje w stanie zarodkowym (II st.); ostatecznie przychodzi do odrodzenia części, które już uległy zniszczeniu (III st.). 5) Odrodzenie bierze swój początek z utrzymanej warstwy przybłonka zarodkowego, zkąd odchodzą wypustki ku wnętrzu jajnika. Po przeszczepieniu jajnika na osobniki męzkie wykazano w tych właśnie wypustkach już w 3, 5 i 8 dniu jajka. 6) Wyniki podane pod 1, 2 i 3, dają się także wykazać i to o wiele wyraźniej na jajnikach, wziętych z zupełnie dojrzałego osobnika. Herlitzka i Foà bowiem sądzili, że przeszczepianie jajników udaje się tylko wtedy, jeżeli je wzięto z noworodków, lub bardzo małych osobników. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Mueller. **Wpływ sztucznych porodów przedwczesnych na życie noworodków.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 51, 1902). Do wywołania porodu przedwczesnego używa autor baloników nieelastycznych rozmaitej wielkości „Champetier de Ribes". Baloniki te są nadzwyczaj silne, wytrzymują obciążenie 4—8 funtów i nie niszczą się mimo gotowania. Używając baloników do wywołania porodu, nie narażamy matki na żadne niebezpieczeństwo, w przeciwieństwie do rozszerzadeł metalowych, robionych według zasady Bossiego, a skutek jest równie, jak i przy innych sposobach pewny. Na 41 sztucznych porodów przedwczesnych stracił dzieci 21, z tych część zmarła podczas porodu, część zaś w pierwszych godzinach, lub dniach życia. Pozostałych przy życiu 20 zupełnie się prawidłowo rozwijało. Najwięcej uchowało się dzieci tych, które były urodzone w późniejszych tygodniach swego rozwoju. Zdaniem autora najlepiej dla dziecka, aby urodziło się po 35 tygodniu; jeżeliby zaś czekanie do tego czasu mogło narazić dziecko na śmierć podczas porodu, lepiej jest poród wcześniej wywołać. Im wcześniej jest urodzone dziecko, tem wymaga lepszej opieki, lepszego pokarmu matki lub mamki i odpowiedniego umieszczenia np. w cieplarce. *P.*

Dr. A. Gross. **O wrzodzie żołądka urazowym.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. V, Z. 5, 1902). Przypadki przewlekłego wrzodu żołądka, pochodzenia urazowego, znane są klinicznie. Nie brak nawet dowodów (względnych) doświadczalnych. W tym kierunku doświadczali Ritter i Vamin, a zwłaszcza ten ostatni. Po tępych urazach, które przez powłoki brzuszne zadziałały na pełny żołądek, stwierdzał Vamin po kilku (najdłużej 9) dniach wrzody głębokie, sięgające aż pod błonę surowiczą. Gross powtórzył te doświadczenia; — nie udało mu się jednak w żadnym przypadku otrzymać wrzodu. Stwierdził jedynie, że uraz, który zadziała na górną okolicę brzucha, jest w stanie wywołać obrażenie ograniczone wyłącznie tylko do samego żołądka. W zwyczajnych jednakowoż warunkach obrażenia te, bez względu na ich postać anatomiczną, goją się bez śladu. Nie zaprzeczając przeto znaczenia urazu w etyologii wrzodu przewlekłego żołądka, sądzi Gross, że współdziałać musi równocześnie inny czynnik (jak np. zwiększona kwasota soku żołądkowego). *Herman.*

Dr. Georg Friedlaender. **Krążenie i miejscowa gruźlica.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). Autor usiłował na drodze doświadczalnej rzucić nieco światła na sposób szerzenia się gruźlicy w ustroju. W tym celu odsłaniał tętnicę udową u zwierząt powyżej dołu podkolanowego i wstrzykiwał bezpośrednio w naczynie zawiesinę jednorocznej hodowli prątków gruźlicy i widlak (lycopodium) we wodzie słonej. We wszystkich (5) przypadkach stwierdził pojedyncze gruzełki w torebce maziowej, w nasadzie kości udowej, oraz w gruczołach chłonnych w dole podkolanowym. Zatem i w doświadczeniu zajęte zostały przedewszystkiem te tkanki, które z natury są usposobione do gruźlicy. Usposobienie to polega na bardzo zwolnionym prądzie krwi w naczyniach włosowatych, zbliżającym się bardzo do zupełnego zastoju. *Herman.*

Dr. L. Rauenbusch. **Przyczynki do poznania umiejscowienia i kierunku szerzenia się zapalenia otrzewnej.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X. Z. 5, 1903). W jednej ze swych dawniejszych rozpraw o zapaleniu otrzewnej pisze Mikulicz: „Zdaniem mojem kierunek, w którym szerzy się zapalenie otrzewnej, nie jest przypadkowym, jakby się to zdawać mogło z dotychczasowych naszych wiadomości; sądzę, że z czasem wykryjemy drogi, któremi postępuje sprawa zapalna w sposób typowy, zależnie od miejsca wyjścia". Autor obecnej rozprawy stara się dociec kierunku tych dróg, badając materyał sekcyjny instytutu Ponficka. Do przytoczonych wniosków na razie nie dochodzi; sądzi, jednak zgodnie z innymi, że jelito poprzeczne wraz ze swą krezką z jednej strony, więzadło wieszadłowe wątroby zaś z drugiej, stanowią przegrody, które są w stanie początkowo ograniczyć sprawę zapalną — przynajmniej na krótki czas. *Herman.*

Dr. L. Mieczkowski. **Przyczynki kazuistyczne i doświadczalne do nauki o** ***cholangitis calculosa.*** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. V, 1902). Na wstępie opisuje autor przypadek *cholecystitis* (po dawniej wykonanej cholecystektomii?), powikłanej zamknięciem przewodu żółciowego, prawdopodobnie jednak tylko przyrody zapalnej. Przez przetokę wydzielały się na zewnątrz kolosalne (do 2300 sz. ctm.) ilości żółci. W dalszym ciągu rejestruje M. szereg pomiarów manometrycznych na pęcherzykach żółciowych odsłoniętych (w klinice Mikulicza) z powodu kamicy żółciowej. W przypadkach, połączonych z wodną puchliną lub otokiem ropnym pęcherzyka, ciśnienie w tym ostatnim dochodziło do 710 mm. słupa wody. W przypadkach zaś, w których treść woreczka żółciowego komunikowała z resztą układu żółciowego, ciśnienie to rzadko wychodziło ponad 100 mm. *Herman.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 2 stycznia 1903 roku

Przewodniczący: kol. Sołowij. — Obecnych członków 39.

1. Kol. Słęk przedstawia chorą, u której w klinice prof. Rydygiera wykonano rozległą resekcyę klatki piersiowej z powodu kostniakomięsaka żeber. Jest to jeden z nielicznych przypadków pomyślnego zejścia po tak rozległej operacyi. Przyczynę zejścia śmiertelnego po tych operacyach upatruje kol. Słęk w nagle powstającej odmie piersiowej.

W dyskusyi kol. Ziembicki podnosi rzadkość pomyślnego wyniku i potwierdza zapatrywanie prelegenta co do odmy piersiowej.

2. Kol. Uhma wygłosił odczyt: »O nadzór policyjno-lekarski nad prostytutkami we Lwowie[1]. Stanowisko lekarza policyjnego we Lwowie»[2]. — Mówca pokrótce przedstawia, co spowodowało, dalej zaś co nietylko usprawiedliwia, ale zobowiązuje władze do przymusowej kontroli zdrowia nierządnic. Zaznaczając szkodliwość złączenia nadzoru policyjnego z nadzorem lekarskim nad nierządnicami, rzuca myśl, że tę ostatnią mogłoby objąć miasto, bo to w myśl ustaw leży w zakresie jego samoistnego działania. Wytykając różne niewłaściwości w dzisiejszych urządzeniach tej kontroli, występuje mówca przedewszystkiem przeciw paragrafowi, zakazującemu lekarzowi policyjnemu wszelkich zabiegów leczniczych u prostytutek. Mówca widzi niekonsekwencyę w niedowierzaniu, jakie władze zdają się żywić do lekarza policyjnego w tym względzie, podczas gdy zkądinąd darzą go ogromnem zaufaniem, boć wierzą, że n. p. nie będzie przetrzymywał bez leczenia prostytutek dla honoraryum, jakie otrzymuje za ich badanie od nich samych. Wyszczególnia zaś przypadki, w których lekarz policyjny dla zdrowotności bez porównania więcej mógłby zrobić stałem podleczaniem, np trypra przewlekłego, — wśród regularnych wizyt, niż odesłaniem do szpitala (autoreferat).

W dyskusyi: zabierali głos koll.: Tatarczuch, Obtułowicz, Mars, Wątorek, Feuerstein, Kadyi i Łukasiewicz, który postawił wniosek, ażeby zarząd Tow. lek. wspólnie z lekarzami policyjnymi wypracował memoryał, zawierający program reform i przedłożył go na jednem z następnych posiedzeń. Wniosek ten przyjęto.

3. Kol. Sieradzki demonstruje preparaty i omawia następujące przypadki:

1. zwężenie przełyku, wywołane przez połknięcie kwasu solnego z następowem znacznem rozszerzeniem przełyku ponad miejscem zwężenia, oraz spory kęs pokarmowy, który w tem rozszerzeniu przełyku tkwił. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego głównie względu, iż dotyczy on dziecka $3\frac{1}{2}$-letniego, które przed $1\frac{1}{2}$ rokiem napiło się kwasu solnego; od tego czasu pozostawało w leczeniu o tyle skutecznem, że odżywienie dziecka nie było najgorszem.

2. Ranę postrzałową czaszki i mózgu z wojskowego rewolweru, tem zasługującą na uwagę, że w kanale postrzałowym wewnątrz czaszki znajdują się włosy i kawałek kapelusza. Przypadek ten stanowi jedną z ofiar rozruchów robotniczych.

3. Rodzaj moździerza, zrobionego z kawałka rury wodociągowej, wraz z kulą o średnicy 2 ctm., z którego to przyrządu odebrał sobie życie mężczyzna 60-letni przez postrzał w klatkę piersiową. Preparat anatomiczny z tego przypadku jest z tego powodu zajmujący, że pocisk wydarł kawałek ściany serca, nie przebijając serca na wskróś.

4. Fotografie z przypadku samobójczego postrzału w usta, w którym czaszka została zupełnie rozerwaną tak, że z niej pozostały tylko resztki.

5. Przypadek pęknięcia serca przy przejechaniu, które nie przechodzi na wskróś ściany serca, natomiast przez rozerwanie tętnicy wieńcowej wywołało znaczny krwotok do worka osierdziowego.

6. Rozległe zwapnienie sierpa dużego opony twardej z zwłok mężczyzny 30-letniego, który cierpiał na padaczkę i zmarł skutkiem napadu padaczkowego; dla analogii preparat z rozległem zwapnieniem osierdzia.

7. Dwa sklepienia czaszki o kościach nadmiernie cienkich, oraz nadmiernie grubych.

8. Pętlę sporządzoną z szelek i kawałków spodni, którą mężczyzna umysłowo chory odebrał sobie życie przez samozadzierżgnięcie; zarazem rysunki, przedstawiające zmiany na szyi.

Lwów dnia 6 lutego 1903 roku. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 6 lutego 1903 roku.

Obecnych członków 39.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz.

I. Kol. Przewodniczący, wyrażając gorący żal po stracie ś. p. Teodora Stahlbergera, b. sekretarza Tow. lek. lwowskiego, wzywa obecnych, by powstaniem z miejsc uczcili pamięć przedwcześnie zmarłego.

II. Kol. Przewodniczący przedstawia koll. Leszczyńskiego, Brilla, Sękiewicza jako gości i kol. Makowskiego członka Tow. lek. krakowskiego.

III. Kol. Przewodniczący objaśnia członków, żądających pokwitowania przy wpłacie wkładek z roku zeszłego, że kwitów tych wskutek zamknięcia rachunków ze względów buchalteryjnych wydawać nie można.

W dyskusyi zabierają głos koll. Rydygier L., Trzciениecki, Szymański i Sieradzki, który radzi, by wydawać osobne pokwitowania przy wpłacaniu zaległych wkładek.

IV. Kol. Łukasiewicz przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej:

1. Chorego 24 let. z objawami tocznia błony śluzowej podniebienia i lewego migdałka *(lupus vulg. exulc. muc. palati et tonsillae sin.)* bez objawów tejże choroby na powłokach zewnętrznych.

2. Chorego 60 let. z owrzodzeniem gruźliczem podostrem, zajmującem grzbiet i bok lewy języka, jako też część podniebienia i łuku lewego *(Ulcera tbc. mil. subacuta)*. U chorego wykazano stare zmiany gruźlicze w płucach.

3. Chorego 10-let. z objawami tocznia żrącego na palcu I ręki lewej *(Lupus vulg. exulc. digiti I. man. sin.)*.

4. Chorego 44-let. z objawami twardzieli nosa (*rhinoscleroma*), leczonego poza kliniką przez dłuższy czas wcieraniami szaruchy.

5. Chorą 29-let. z objawami rozpadłego kilaka, zajmującego wargę większą prawą i wzgórek łonowy na przestrzeni dłoni dziecka.

6. Chorą 11-let. z objawami kilaka podniebienia twardego z następowym ubytkiem kości podniebienia twardego na przestrzeni grochu.

Kol. Łukasiewicz zwraca uwagę, że często w dzieciństwie nabyta kiła (jak u dziecka 4-letniego, spostrzeganego w klinice, u którego zmiana pierwotna powstała na brodzie) daje powód do mylnych później rozpoznań kiły dziedzicznej.

Kol. Obtułowicz przytacza przypadek kilaka u panny 16-let., u której bliższe wywiady wykazały zakażenie w 2 roku życia.

V. Kol. Wątorek. Mechanizm III okresu porodu (odczyt). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierają głos: koll. Hojnacki, Kadyi, Wątorek, Uhma, Skałkowski, Schramm, Mars i Szulisławski.

Kol. Hojnacki występuje przeciw odczytywaniu prac. Odpada w ten sposób zazwyczaj dyskusya. Stawia wniosek, by na następnem posiedzeniu poddać pod głosowanie, czy członkowie zgadzają się, aby prelegenci wygłaszali swe spostrzeżenia jak najtreściwiej.

Dr. J. Świątkiewicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 25 Lutego 1903.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 50.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Landau Jan demonstruje dziecko trzynastomiesięczne krzywicze, u którego miał sposobność leczyć rzadkie schorzenie. Dziecko to przyniesiono do prelegenta z powodu zupełnego zatrzymania moczu z rozpoczynającym się zaciekiem moczowym, znacznym obrzękiem prącia i moszen. Powodem schorzenia było zatkanie cewki przez kamień z fosforanów. Kamień ten usunął kol. Wachtel, poczem dziecko wkrótce odzyskało zupełne zdrowie.

W dyskusyi zabierał głos kol. Wachtel, motywując, dlaczego w danym przypadku nie potrzebował czynnie występować wobec zacieku moczowego.

III. Kol. Wachtel demonstruje chorego, który zgłosił się do niego z powodu krwawiączki *(haemophilia)*. Chory prócz tego schorzenia okazywał jeszcze zapadnięcie siodełkowate nosa. Z powodu tego ostatniego schorzenia wstrzyknął kol. prelegent choremu 5—6 gramów parafiny i uzyskał efekt kosmetyczny bardzo dobry. Wstrzykiwania robił prelegent przy pomocy strzykawki Karewskiego, (którą okazał); parafiny używał pół-twardej. Parafina miękka do wstrzykiwań się nie nadaje, gdyż łatwo się rozpuszcza, gdy chory zacznie gorączkować, twardej zaś nie można używać, gdyż bardzo szybko krzepnie i zatyka strzykawkę. Przy tej sposobności wspomina kol. prelegent i o innych przypadkach, które leczył tą metodą z wynikiem dobrym; — zatorów parafinowych nie miał.

IV. Kol. Wachholz wygłosił zapowiedziany odczyt: »Z historyi trucizn i otruć«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

[1] [2]) Mówca ze względów ubocznych wbrew zapowiedzi czuł się zobowiązanym pominąć w swem przemówieniu stosunki ściśle lwowskie.

V. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Dr. Talaat bey (Kair). *Doświadczenia z jadem skorpionów.*

Skorpiony w Egipcie są bardzo rozpowszechnione, szczególnie w górnym Egipcie, a ich ukłócie jest bardzo niebezpieczne i staje często powodem śmierci u dzieci. Dr. Talaat robił doświadczenia w kierunku: 1) jaki jest skutek jadu? 2) jaki jest skutek surowicy zwierząt uodpornionych? 3) czy surowica normalna zwierząt użytych do doświadczeń niema sama przez się własności antytoksycznych?

Do doświadczeń używał skorpionów czarnych, których ukłócie jest najniebezpieczniejsze. Wycinał ostatni człónek ogona, tłukł go w moździerzu i dodawał wody jałowej, lub gliceryny w ilości 4 kropel na każdy gruczołek skorpiona i przechowywał w flakonikach wyjałowionych. Oznaczył tym sposobem, że gruczoł skorpiona ma przeciętnie 4 mlgr. jadu, a rozczyn w ten sposób przygotowany jest takiej siły, że ½ kropli, wstrzyknięte podskórnie zwierzęciu wagi 500 grm., z pewnością je zabija. Objawy zatrucia spostrzegane po zastrzyknięciu podskórnem rozczynu jadu są identyczne z objawami po bezpośredniem ukłóciu skorpiona, a mianowicie: krzyk, drgawki, wysadzenie gałek ocznych, wydzielanie łez, rozszerzenie źrenic, ślinienie, kichanie, odpływ z nosa, biegunka, bezmocz albo chylurya, ogłupienie, obrzęk bolesny w okolicy ukłócia lub wstrzyknięcia, niedowład członków, poronienie, drżenie, podniesienie się ciepłoty, a w końcu jej opadnięcie. Wynaczynionki w okolicy ukłócia, nastrzykanie wnętrzności, płynność krwi, pęcherz już to pusty, już to zawierający nieco moczu przeźroczystego, suchość błon surowiczych. Jad, wystawiony na działanie ciepłoty między 95°—105°, traci część swej jadowitości; filtrowany staje się jeszcze mniej jadowity. Chcąc otrzymać surowicę, T. uodparniał kozy, wstrzykując stopniowo coraz to większe dawki jadu.

Kozie I. wstrzyknął 752 kropel płynu w 21 wstrzyknięciach, co odpowiadało jadowi z 188 skorpionów.

Kozie II. wstrzyknął 3755 kropel = jadowi z 938 skorpionów. Koza ta padła wskutek szybkiego wstrzykiwania. Ostatnim razem dał jej 250 kropel naraz.

Kozie III. wstrzyknął 5581 kropel = jadowi z 1371 skorpionów i doprowadził do tego, że dał jej naraz 660 kropel. Gdy doszedł do 300 kropel, postawił jej 15 skorpionów bez żadnych objawów zatrucia.

Surowica kozy I: 10 kropel surowicy, zmięszane z ½ kropli jadu, wstrzyknięte małej śwince, dały tylko lekkie drgawki mięśniowe i osłabienie, śwince 500 grm. — tylko osłabienie.

Surowica kozy II: 10 kropel surowicy + ½ kropli jadu nie wywołały żadnych objawów zatrucia; 10 kropli surowicy + 1 kropla jadu, wstrzyknięte innej śwince, również powstały bez żadnych objawów; ½ kropli wstrzyknięte śwince wywołało zatrucie, ustąpiło jednak po wstrzyknięciu 10 kropel surowicy. Wstrzyknięcie jednej kropli jadu w pewien czas po wstrzyknięciu surowicy nie wywołało zmian.

Surowica kozy III. Wstrzyknięcie 5 kropel surowicy z ½ kropli jadu śwince: 500 grm. pozostaje bez zmian. Taksamo wstrzyknięcie 3 kropel surowicy 2½ kropli jadu śwince 700 grm. Wstrzyknięcie 5 kropli surowicy w 12 i 24 godzin po wstrzyknięciu śmiertelnej dawki jadu przeszkodziło zatruciu. Wstrzyknięcie tej surowicy sprowadza ustąpienie wszystkich objawów, spowodowanych wstrzyknięciem jadu. Surowica, otrzymana z kozy nieuodpornionej, niema żadnej własności leczniczej; — przeciwnie, surowica otrzymana z kóz, uodpornionych zapomocą zwiększonych dawek jadu nie ogrzanego, ma własności antytoksyczne, lecznicze i zapobiegawcze.

Dr. Engel bey (Kair). *Trąd w Egipcie.*

Trąd miał istnieć w Egipcie od najdawniejszych czasów, choć niezbitych na to dowodów nie posiadamy. Niepewną też jest rzeczą, czy żydzi tę chorobę z Egiptu wynieśli. W każdym jednak razie trąd istniał napewno długi czas przed erą chrześciańską i rozszerzył się w państwie rzymskiem w I w. przed Chr. Choroba ta ma w Egipcie charakter bardzo łagodny. Istnieje obecnie 2204 trędowatych, co w porównaniu z innymi krajami, jak Portugalia, Sycylia, Kreta o ludności mniej licznej, jest bardzo niewiele, zważywszy nadto, że chorzy ci w Egipcie nie są odosobniani. Przyczynę łagodnego przebiegu trądu upatruje Dr. Engel w klimacie egipskim. W krajach zimnych i wilgotnych trąd ma przebieg cięższy. Podczas gdy tam częstsza jest postać guzkowa, to w Egipcie przeważa nerwowa, przebiegająca więcej przewlekle. Między Europejczykami w Egipcie trąd nie zdarza się, chyba że go z sobą przyniosą z Europy (Grecy). Śmiertelność z trądu jest w porównaniu z innymi krajami nieznaczna; mimoto nawołuje autor do tworzenia leprozoryj, powołując się na Norwegię, gdzie w r. 1850 było 2871 trędowatych, a obecnie dzięki odosobnianiu chorych liczba ta spadła do 700. Zważywszy łagodny charakter trądu w Egipcie, choroba ta dałaby się w przeciągu krótkiego czasu całkowicie wytępić.

Dr. Sandwirth (Kair). *Rumień lombardzki w Egipcie.*

Autor zauważył od lat 10, że rumień lombardzki bardzo często towarzyszy chorobie, wywołanej przez tęgoryjca, zwłaszcza w przypadkach, występujących u ludzi ubogich. Spostrzegał on około 1000 przypadków, szczególnie u ludzi, którzy się żywią kukurydzą. Radzi, aby władze starały się zapobiedz sprzedawaniu zepsutej kukurydzy i aby w Aleksandryi oglądano kukurydzę, przywożoną z Rumunii i Turcyi, krajów, gdzie rumień lombardzki panuje. Dr. Sandwirth przedstawia chorych ze szpitala szkolnego.

(Dok. nast.).

* * *

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakończenie.

(Ciąg dalszy).

Pośród następstw cierpień ginekologicznych najważniejszą bezwątpienia jest niepłodność. Galen wie dobrze, gdzie szukać przyczyny niepłodności i zajmuje pod tym względem dosyć postępowe stanowisko, nie przypisując nigdy już z góry kobiecie przyczyny, lecz stara się pod tym względem zbadać obydwie interesowane strony i wykazać prawdziwą przyczynę.

Już wyżej wspomnieliśmy, że niezdrowe nasienie męskie może spowodować choroby macicy. Z natury rzeczy wynika, że nasienie takie nie może zapłodnić, raz z powodu swej własnej niezdolności, a powtóre z powodu cierpień macicy, które sprowadza. Niezdolni do zapłodnienia są także mężczyźni z spodziectwem *(hypospadiasis)*, gdyż podczas wytrysku nie może się nasienie dostać wprost do ujścia macicznego *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. III.)*. Taką samą przyczynę niepłodności możemy znaleść u kobiet pod postacią przemieszczeń macicy lub też jej zgięć, gdyż i te stany patologiczne przeszkadzają dostaniu się nasienia wprost do ujścia. Są to jednakowoż rzadsze przyczyny, gdyż bez porównania częstsze są zmiany zapalne macicy. By zapłodnienie mogło nastąpić, musi się macica podczas spółkowania otwierać i ułatwiać nasieniu dojście do jej wnętrza; a gdy to już nastąpiło, musi się ona znowu zamknąć, by się nasienie nie wylało na zewnątrz. Czynność ta musi się bardzo szybko odbywać, gdyż w przeciwnym razie oddziela się „pneuma“ od nasienia, pozostawiając tylko bezwartościowy płyn, nie mogący sprowadzić zapłodnienia. Dlatego to nie jest część pochwowa w prawidłowych warunkach ani zbyt miękką, ani też zbyt twardą, gdyż tylko w tym razie potrafi ona z należytą dokładnością swemu zadaniu podołać. *(De usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. III.)*. Gdy zbitość macicy w następstwie różnych spraw patologicznych staje się twardszą, aniżeli być powinna, natenczas nie może ona ani tak szybko, ani tak dokładnie dokonać swego zadania, jak tego potrzeba, by się nasienie nie psuło, lub nie wylało tak, że bezpośrednim skutkiem stwardnienia macicy jest niepłodność macicy. Obok spraw zapalnych powodują jeszcze i nowotwory stwardnienie macicy, a więc i niemożność zastąpienia.

W następstwie chorób, powodujących bądź brak miesiączki, bądź też bardzo obfite krwawienia podczas miesiączkowania, również kobiety nie mogą zastąpić. Brak mie-

siączki sprowadza brak żywności dla nasienia, a nadto i nagromadzanie się złych soków w ustroju, który z tego powodu choruje. Chory zaś ustrój nie zastępuje, a zastąpiwszy, zazwyczaj roni. Zbyt obfite krwawienia nie pozwalają się nasieniu zatrzymać w jamie macicy i przyczepić do jej ścian, które są wtedy zanadto gładkie *(de ut. dissectione cap. X.)*. Obfite krwawienia stanowią więc w tym kierunku taką samą przeszkodę, jak i miesiączka na swym szczycie.

Baczną uwagę zwraca Galen także pod tym względem na regularne wypróżnienia, ogólne zdrowie itd., okoliczności, które mogą pociągnąć za sobą takie same następstwa, jak schorzenia macicy.

Jak się od Soranusa dowiadujemy, nagabywano często starożytnych lekarzy o środki, zapobiegające zapłodnieniu. Nic więc dziwnego, że ci i w tym także kierunku przemyśliwali, nie mało ich zalecając. Galen opowiada nam również o takim środku *„periclymenus“ (de simpl. med. temp. et facultat. lib. VIII. cap. XVI. 13)*, który niszczy nasienie przez to, że mu odciąga soki, a w większej ilości użyty sprowadza nawet stałą niepłodność. Zdaje się jednak, że Galen własnego w tym kierunku doświadczenia nie miał i zbytnio temu środkowi nie ufał, gdyż się zastrzega, że powtarza tylko to, co inni mówią.

Gdy żadna z wymienionych przyczyn nie zachodzi, a kobieta nie zastępuje, natenczas ucieka się Galen w celu wyszukania przecież jakiegoś powodu do pojęć, bliżej określić się nie dających, z których sobie tak łatwo sprawy zdać nie można. Znakomicie nadawała się do tego nauka o temperamentach, której on naturalnie, jako bardzo konsekwentny lekarz i w tych rozpaczliwych przypadkach nie porzucił. Już wyżej wspomnieliśmy o wpływie temperamentu na macicę. Macica, zostająca w jakimkolwiek kierunku pod względem temperamentu swojego zanadto zmieniona, staje się chorą, a na nasienie wpływa źle o tyle, że odciąga wilgoć, lub zanadto mu jej dodaje, że je oziębia, lub będąc gorącą suszy je. *„Quaecunqae frigidos uteros habent, non concipient, propter substantiae ipsorum spissitudinem..... et quaecunque uteros nimis humidos habent, non concipiunt extinguitur enim genitura..... et quaecunque siccos sive adurentes habent uteros, propter defectum alimenti non concipiunt..... in habentibus autem immodicam caliditatem, quale ubi valde calidae terrae semina committuntur, quemadmodum in aestibus sub cane contigit“. (in aph. Hippocr. com. quint. 63)*. Te same przyczyny mogą być po stronie mężczyzn i jeżeli nasienie, pochodzące od mężczyzny chorobliwego temperamentu dostaje się do macicy takiego samego temperamentu, natenczas ta ostatnia nie może zastąpić pod żadnym warunkiem. Poprawa tu może mieć miejsce, gdy spółkowanie odbywa się pomiędzy osobami dwóch temperamentów przeciwnych, stosownie do zasady *„contraria contrariis“*, lecz tylko pod tym warunkiem, że temperament żadnej z interesowanych stron nie będzie zanadto nieprawidłowym. Często jednakowoż się zdarza, że kobieta nie zastępuje, pomimo że się schodzą temperamenty prawidłowe. Dzieje się to wtedy, gdy one są jednakie, *„modicae vero (temperaturae) si sint, et contrariis coniungantur, tunc concipient mulieres: si vero similibus, non concipient“. (ibid.)*.

Leczenie tego stanu wynika samo z siebie. Żeby jednakowoż do tego nie przyszło, należy przed pobraniem się badać kobietę i mężczyznę. Zdaje się, że jednego i drugiego badania dokonywały akuszerki, a jako kryteryum miał służyć sposób oddychania osoby badanej *„mulieres etenim non parientes (sunt autem hae omnino, quae non probe purgantur) apnoeis maxime prehenduntur, quemadmodum sane etiam, quae diutius sunt viduae“ (de difficultate respirationis lib. III. cap. XIII.)*. Prócz tego, już przez naturę podanego sposobu rozpoznawczego, istnieje jeszcze i drugi, który możemy nazwać próbą moczową. Do moczu kobiety i mężczyzny wrzuca się ziarno soczewicy i obserwuje, czy ono zaczyna kiełkować. Właściciel moczu, w którym soczewica kiełkuje, jest płodnym *(de remed. parabil. lib. III.)*. Sposób ten służy zarazem do rozpoznania różniczkowego w sprawach spornych, gdzie idzie o rozstrzygnięcie pytania, które z małżonków jest niepłodne.

Do pewnego stopnia dowodzi także niepłodności wylewanie się nasienia po spółkowaniu.

Na badania, dokonywane w Rzymie w kierunku płodności zwrócił już uwagę Soranus, czyniąc starożytnym zarzut, że rozstrzygającą u nich była liczba przodków i majątek, nie zaś zdolność zastąpienia i rodzenia *(Soranus lib. I. cap. IX.)*. Hołdując szkole metodycznej, starał się on, gdy szło o przepowiednię co do możności zastąpienia, zbadać przedewszystkiem macicę pod względem jej napięcia *(tonus)*, które nie powinno być w żadnym kierunku zmienione, gdyż ani macica o zanadto zwiększonem, ani o zanadto zmniejszonem napięciu nie jest w stanie zapłodnić się. Wszystkie inne przyczyny niepłodności są u Soranusa te same, które później u Galena znajdujemy; a więc wązkie ujście macicy, zmiany w jej położeniu, nieprawidłowości miesiączkowania itd. Jeszcze bardziej aniżeli z Soranusem zgadza się Galen pod tym względem z Hipokratesem, u którego również ważną rolę odgrywa temperament macicy. *(Hippocrat. de his quae uterum non gerunt. K. III. i de superfoetatione K. I.)*.

Z pośród następowych cierpień ginekologicznych jest bezsprzecznie najbardziej zajmującą histerya, opisana jeszcze przez Empedoklesa. Zajmującą zaś jest dla nas dzisiaj z powodu zainteresowania, jakie budziła pośród lekarzy starożytnych. Pochodzenia nazwy tej choroby nie tłómaczy Galen. Uczynił to już znacznie wcześniej Soranus *(lib. II. cap. IV.)*, wywodząc ją od narządu, któremu to cierpienie swój początek zawdzięcza. Źródła tej choroby szuka Galen, podobnie jak tylu innych jego poprzedników, w macicy *(„hysterica dicta symptomata ad uterum tanquam ad radicem pertinere,.....“ de locis affectis, lib. VI. cap. V.)*, a mianowicie w jej chorobach i w niewypełnianiu przez nią czynności, dla których jest przeznaczoną. Z chorób macicy mogą napad histeryczny spowodować wszystkie cierpienia narządu rodnego, o których wyżej wspomnieliśmy. Z drugiej kategoryi przyczyn należy przedewszystkiem wymienić brak miesiączki, — zwłaszcza u takich, które poprzednio miesiączkowały; — niemożność zastąpienia i spółkowania. Napad sam występuje zazwyczaj niespodziewanie, a pojawia się w różnych mniej lub więcej ciężkich postaciach. W jednym napadzie jest utrzymane czucie i zdolność poruszania się, natomiast brak przytomności i nadzwyczaj powierzchowny oddech; w drugim występuje brak czucia i zdolności wykonywania ruchów przy bardzo drobnem tętnie, lub też przy zupełnym jego braku. W najcięższych występują obok tych objawów jeszcze i kurcze. Leczenie tego cierpienia musi być, jak to z natury rzeczy wynika, przyczynowe *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)*.

Soranus, podający sposoby odróżnienia napadu histerycznego od innych cierpień nerwowych (jak padaczka, udar mózgowy, katalepsya i letarg), dopatruje bliższej jego przyczyny, równie jak Galen, w braku zaspokojenia popędu płciowego, w ustaniu miesiączki i częstych poronieniach. Cierpienie samo polega na zwiększeniu się napięcia, a przebiega już to ostro, już też przewlekle. Podczas napadu przywołuje Soranus chore do przytomności stosowaniem pod nos środków cuchnących *(Soranus lib. II. cap. IV.)*. Podobnie leczy także napad Celsus, który również histeryę zalicza do chorób kobiecych i widzi jej przyczynę nie gdzieindziej, jak w narządzie rodnym *„ex vulva quoque feminis vehemens malum nascitur“. (Celsus lib. IV. cap. XX.)*. Takie same zapatrywanie miała szkoła aleksandryjska, która nie rzuciła nowego światła na etyologię, ani na leczenie tego cierpienia tak, że jeżeli przejdziemy do Hipokratesa, to stwierdzimy, że począwszy od jego czasów aż do Galena sprawa ta tylko nieznacznie się posunęła naprzód. Według pierwszego kobiety, nie zaspokajające popędu płciowego, są szczególnie usposobione do napadów histerycznych. Usposobie-

nie to rośnie z wiekiem, gdyż stosownie do niego opróżniają się naczynia, macica zanika, a znalazłszy w jamie brzusznej więcej miejsca, przenosi się na wątrobę i okolicę podżebrza. Następstwem tego przeniesienia się są kurcze, odwrócenie oczu, znaczne oziębienie i sinica, zgrzytanie zębami, a często piana przed ustami, co czyni napad podobnym do padaczkowego *(Hippocr. de morbis mulier. I.)*. Leczenie polegało wedle Hipokratesa, stosownie do sposobu, w jaki sobie powstawanie napadu tłómaczył, na usiłowaniach w celu sprowadzenia macicy w miejsce dla niej przeznaczone.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Z prośbą o ogłoszenie otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyo!

Prawdziwa wdzięczność należy się kol. Chrząszczewskiemu i Redakcyi „Przeglądu lekarskiego“ za poruszenie sprawy, tak ważnej dla wielkiej liczby lekarzy. Że jednak dawno miałem zamiar poruszyć sprawę kosztów szczepienia, bądź to jako lekarz okręgowy, bądź też ze względu na moich współtowarzyszów, korzystam z tej okazyi, starając się przedstawić rzecz jasno i przedmiotowo. Ustawa w § 25. mówi: „Za szczepienie, rewizyę i rewakcynacyę pobierać będzie lekarz prócz kilometrowego przynależne mu dyety.

§ 26: Należytość dyety jednodniowej przyznaną będzie lekarzowi, jeżeli: nie podejmując żadnej podróży zaszczepi, zrewakcyonuje lub zrewiduje 60 osób;

podejmując podróż w odległości	1— 4 klm.	zaszczepi, zrewakcyonuje lub zrewiduje	40 osób
„	4·1— 8 „	„	30 „
„	8·1—12 „	„	25 „
„	12·1—15 „	„	20 „
„	15·1—19 „	„	15 „
„	19·1—25 „	„	10 „
„	25·1—35 „	„	5 osób.

W miarę większej liczby szczepionych lub zrewidowanych w jednym dniu służy lekarzowi prawo zarachowania podług powyższej normy należytości za 2, 3 i więcej dni, jednak zawsze tylko w stosunku do oddalenia i liczby dzieci szczepionych i zrewidowanych.

Żeby zaś lekarze nie rachowali zbyt dużych odległości, wracając ciągle do domu, ustawa każe jechać rzemiennym dyszlem według topograficznego planu miejscowości, wyznaczonego przez starostwo, pozwalając wyraźnie przy szczepieniu i rewizyi według § 27 i 29 zarachowywać tylko dwukrotną podróż do każdej miejscowości szczepienia, a co najwyżej czterokrotny powrót do miejsca zamieszkania za cały czas szczepienia i rewizyi. Nadto okręgowi lekarze za drogę nie otrzymują odszkodowania i w miejscu zamieszkania szczepią bezpłatnie; stosunek jednak liczby szczepionych co do odległości pozostaje taki sam, jak dla innych.

W zamian za jazdę bezpłatną pozwala się im odbyć objazd wiosenny przy sposobności szczepienia; ponieważ jednak objazd przepisany na wiosnę jest raz tylko, a na szczepienie i rewizyę musi się jechać 2 razy, dodaje się jeszcze trzecią podróż płatną. Zdawać — by się więc mogło, że jeżeli lekarz odbędzie podróż n. p. 12 kil. od miejsca zamieszkania i zaszczepi n. p 150 osób w jednym lub więcej dniach, przypadałaby mu należytość za 6 dyet według ustawy, licząc w odległości 12 klm. 25 osób na dyetę. To nie byłoby jednak kunsztowne obliczenie, a że u nas czem kto wyżej siedzi, musi coś lepszego wymyśleć, więc rachują nam tak: za pierwsze 25 osób jedna dyeta; ponieważ dalej się szczepi, nie robiąc żadnej podróży, więc na dalsze dyety liczy się już *po 60 osób*. Jako przykład wynagrodzenia takiego podam moje szczepienie w r. 1902. Rzemiennym dyszlem jadąc, zrobiłem 188 kilom. (w rzeczywistości znacznie więcej); zaszczepiłem i zrewidowałem przeszło 2,700 osób w przeciągu 2 tygodni; trzeci tydzień przeszedł na pisaniu wykazów przestarzałego systemu i za to dostałem 150 złr. Odliczywszy koło 40 złr. na dwukrotną podróż, którą odbyć musiałem, wypada mi 4 centy za dziecko. Dodać tu muszę wymaganie sprawienia przyrządu Odelgi, wreszcie znaczną ilość eteru, waty i t. d., której nie policzyłem, zapytać się wypada, czy rzeczywiście ustawa tak ma być interpretowana, czy może istnieje jaki tajny dodatkowy do niej okólnik. Bo aczkolwiek sugestyi władz obliczających chętniebym dla własnego spokoju uległ, że wszystko, co z góry idzie, jest sprawiedliwe, jestem jednak nieszczęśliwem tylko medyum w postaci lekarza okręgowego, nie mogącego zrozumieć, jakim cudem, będąc poza miejscem pobytu, tylko pierwsze pół godziny mam wiedzieć, żem odbył podróż, a dalej już przez resztę dnia i dni, żem podróży nie robił, czyli że jestem w domu? — jak to pogodzić z pojęciem dyet, które są przecież wynagrodzeniem za pobyt i jego koszta poza miejscem zamieszkania? Gdziekolwiek się już liczy dyety, to przez dłuższy pobyt charakter tychże nie ulega przecież zmianie, owszem, przebywając dłużej poza domem, ma się coraz większe koszta pobytu. Dość jednak powtórzyć, że za 2700 osób przeszło w 188 kil. policzono mi 50 dyet, czyli nie wiele brakuje do 3000 osób, i gdyby nie ból kości po jeździe, miałbym może złudzenie przymusowe, żem siedział w domu i szczepił 60 dzieci za dyetę. Lekarz powiatowy IX lub VIII rangi ma piękną pensyę, komisye, ryczałt na podróże, a przecież dostaje koszta podróży szczepienia; nas lekarzy okręgowych uważa się widać za świetnie sytuowanych i dlatego może *summum ius* w zastosowaniu do nas staje się *summa iniuria*. Już to samo, że skwapliwie podejmujemy się szczepienia, otrzymując tak liche wynagrodzenie, świadczy o naszej biedzie. Przytaczając ustawę co do wysokości dyet, pomylił się kol. Chrząszczewski, bo ma ona zastosowanie po 8 koron tylko w sprawach karnych. Lekarzom prywatnym, gminnym i okręgowym należy się według ustawy z dnia 3-go lipca 1854 r. i następowo z 18-go czerwca 1873, Dz. u. p. 115, po 7 koron dyety dziennej, a w specyalnym przypadku orzekło Min. spr. wewn. wewn. reskryptem z dnia 11 lutego 1895, L. 3398 o zastosowaniu tej ustawy do lekarzy okręgowych i gminnych, przeznając im po 7 koron dyety. O tem więc, że nam w r. 1902 przypadła korona na dyecie, niema wątpliwości, i wszyscy lekarze pokrzywdzeni solidarnie winni wnieść rekursa do wyższej instancyi tj. o ile mi się zdaje, do namiestnictwa, inaczej *usus* stałby się prawem, zaoszczędzającem na kieszeniach najmniej możnych. Poruszając sprawę szczepienia, zapytuję się Sz. Kolegów okręgowych, czy długo jeszcze w milczeniu czekać mamy, aż się w ramkach sejmowych nasze losy rozstrzygną? dwa lata upływa od podania petycyi, co do której uchwalono w komisyi, że Wydział krajowy na najbliższej po wrześniowej sesyi odpowiednie wnioski poczyni. Sesya była, ale nie o nas i bez nas. Najwyższy też czas, sądzę, zwołać znów ogólny Zjazd bez zwłoki w celu poparcia dotychczasowych słusznych żądań i nowych dodatków, jakie z biegiem czasu zjawiać się muszą. W nadziei, że Komitet wybrany mej rady posłucha, wiedząc, że milczeniem nic nie zrobimy, kreślę się dla Szanownej Redakcyi z głębokiem poważaniem

Dr. Wincenty Wróblewski, lekarz okręgowy w Andrychowie.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12. marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne. Odczyt doc. Marchlewskiego został odłożony z powodu niezdrowia prelegenta. Po demonstracyi okazów anatomicznych (kol. Ozga) i przyrządów (kol. Żeleński) odbyły się odczyty: 1) kol. Frączkiewicza: »Leczenie tężca surowicą przeciwtężcową i 2) kol. Wrzoska: »Rys historyczny stanu nauk lekarskich w uniwersytetach polskich w XIX stuleciu«.

* Wiec społeczny lekarzy rakuskich, który miał się odbyć podczas Wielkiejnocy, został przez Komitet urządzający zaniechany. Przyczyną tego postanowienia jest odmowa z powodów politycznej natury udziału w wiecu niektórych Towarzystw lekarskich wiedeńskich. Czytelnicy przypominają sobie, że lekarze czescy, na zaproszenie do uczestnictwa przyrzekli wziąść udział pod warunkiem, że język czeski będzie w obradach wiecu równouprawniony z niemieckim; komitet urządzający uwzględnił ten postulat, który następnie stał się powodem secesyi niektórych towarzystw lekarskich wiedeńskich, a wreszcie rozbicia zamierzonego wiecu.

Żądanie lekarzy czeskich miało więcej znaczenie zasadnicze, teoretyczne i harmonizowało z całokształtem życia społeczno-politycznego w Austryi; prawdopodobnie lekarze czescy nie byliby korzystali z tego przywileju, któryby im nawet utrudniał spełnienie mandatu; natomiast postąpienie niektórych towarzystw lekarskich wiedeńskich jest ze stanowiska interesów stanu lekarskiego i koleżeństwa w wysokim stopniu gorszące i godne napiętnowania.

* W Wiedniu między 12 września a 20 października odbędzie się międzynarodowa Wystawa zdrojowisk i uzdrojowisk przedstawionych w panoramach i obrazach. Na tej wystawie można będzie zasięgnąć dokładnych informacyj o wyrobach leczniczych ze źródeł, o urządze-

niach zakładowych, stosunkach klimatycznych, spacerach i wycieczkach, a także o cenach.

* W Niemczech powstają »Komisye pośredniczące« między Kasami chorych a lekarzami, których zadaniem jest zawieranie kontraktów przy obsadzaniu posad lekarskich przy Kasach chorych.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w uniw. lwowskim otrzymał Jan Zenon Puzdrowski.

* Jedenasty międzynarodowy Kongres higieny i demografii odbędzie się w Brukseli w pierwszym tygodniu września 1903 r.

* Piąty międzynarodowy Kongres dermatologiczny zbierze się w Berlinie od 13 do 17 września 1904 r.

* Negus abisyński, Menelik, jak donosi »Gazette des hôpitaux de Toulouse«, zakazał w granicach swego państwa wyrobu, sprzedaży, oraz przywozu z zagranicy, wszelkich napojów wyskokowych. Jest to jeśli nie jedyny, to najpewniejszy może sposób uporania się ze sprawą alkoholizmu, w czem Negus (w tym przypadku »nomen« nie jest »omen«) dał przykład nieszczerze zabierającym się do tej sprawy rządom europejskim.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VII (15—25—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,929. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 30, urodziło się dzieci 61, zmarło osób 51, mianowicie: z gruźlicy 8 (5 zam.), z zapalenia płuc 7 (1 zam.), z błonicy 2 (1 zam.), z płonicy 1, z cholery niemowląt 2 (2 zam.).

* Między 25-II a 3-III doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jarosławskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), tarnowskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł i charakter profesora zwycz. otrzymał Dr. Kreschner, prof. nadzw. w Insbruku. Dr. Jendrassik mian. prof. zwycz. chorób nerwowych w Peszcie. Mianowani w Gracu: profesorem zwycz. chirurgii Hacker i prof. nadzw. dermatologii Kreibich. Dr. Merk — prof. nadzw. dermatologii w Insbruku. Doc. Puppe — profesorem nadzw. sądowej medycyny w Królewcu.

Nekrologia. Dr. Crolas, prof. farmakologii, zmarł w Lugdunie. Dr. Gallezzi, prof. kliniki chirurg., zmarł w Neapolu.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Z. 3. Wiśniewski: Przyczynek do przymiotu dzieci.

— *Biblioteka lekarska* Z. 2. Dieulafoy: Choroby oskrzeli (dok.) i płuc.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2 Rozenfeld: Uwagi w sprawie leczenia niepłodności. W. Puławski: Przyczynek do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Arnstein: Uwagi nad artykułem Dr. Rząda: »Przyczynek do leczenia kulszówki«. Eichler: Parę słów w kwestyi urządzenia stałej pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej. Sterling: W sprawie babek wiejskich.

— *Gazeta lekarska* Nr. 9. Dydyński: Ś. p. Adolf Rothe. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 9. Wizel: Ś. p. Adolf Rothe. Frączkiewicz: O wodzie krościeńskiej (dok.). Borzęcki: Rzeżączka u mężczyzny a pozwolenie żenienia się (dok).

— *Kronika lekarska* Nr. 4 Żenczykowski: Przyczynek do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcem pochodzenia mózgowego. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 3. Korybut Daszkiewicz: Kilka słów o najnowszych zdobyczach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt. Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi (1903). Tchórznicki: Sklepiki spożywcze.

— *Sbornik klinický* Nr. 3. Rubeška: O rupturách děložnich za porodu. Gerzabek: O významu Walcherovy posice v porodnictvi. Niederle: Příspěvek k otázce léčeni rakoviny konečniku.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 9. Zahradnický: O dnešnim stavu otázky chirurgického léčeni appendicitidy v záchvatu (c. d.). Wiesner: Pathologie smichu (c. d.). Babák: O podnětech činných v ontogenese (dok.). Cisler: O anomaliich splavů mozkových vzhledem k otogennim komplikacim intrakranielnim.

— *La Presse médicale* Nr. 17. Merklen: Wydolność serca przy zmianach zastawkowych. Lyon: Zaburzenia sercowo-naczyniowe pochodzenia trawiennego. Faugère: Leczenie wodniaka zmodyfikowaną metodą Doyena.

— Nr. 18. Roger: Wyskok jako pożywka. Parmentier: Kryoskopia mleka i jej zastosowanie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Umber: Kliniczno-patologiczne znaczenie autolizy. Wild: Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe. Rotschild: Rola kąta mostkowego, jaką odgrywa przy oddechaniu. Rosenfeld: O niektórych przyczynach kaszlu i nieżytu. Haenel: Myśli w sprawie neuronów (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10. Büdinger: O skręceniu szypuły śledzionowej i o etyologii śledziony wędrującej. Exner: Doświadczenia na zwierzętach o spajaniu i przeszczepianiu naczyń krwionośnych. Ranzi: Przyczynek do kazuistyki żeber szyjnych. Floderer: O kryształach Charcot-Leydena w ropie otoku piersiowego. Swoboda: Leczenie krztuśca arystochiną, nowym przetworem chininy, pozbawionym smaku. Kapsammer: Chłoniak mięsakowaty opuszki cewki moczowej, wychodzący ze zwężenia rzeżączkowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Wandel, Hoehne: Mechaniczne wyjaławianie gutaperkowych rękawiczek i zastosowanie ich w praktyce. Petruschky: Rwa grzbietowa, jako wczesny objaw zakażenia gruźliczego. Doering: Teocyna, nowy lek moczopędny. Ehrlich: Przyczynek do kazuistyki guzów trzustki. Schneiderlin: Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe. Schönwerth: Szew żyły biodrowej nad więzem Pouparta. Reckzech: Zatrucie wyskokiem amoniaku. Krone: Leczenie włóknikowego zapalenia płuc wstrzykiwaniami hetolu. Salomon: Wrzody skórne pochodzenia rzeżączkowego. Gunsett: Czy wilk rumieniowaty jest przyrody gruźliczej? Steiner: Etyologia chorób zawodowych w zakresie n. pośrodkowego. Roscher: Przyczynek kazuistyczny do ślepoty pochodzenia mocznicowego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 10. Wolff: Metoda badania żywego szpiku kostnego zwierząt, oraz ruchowa zdolność myelocytów. Brieger i Diselhorst: Badania ludzkiego potu. Roth: Przyczynek do chemii tlenowo-chloroformowego znieczulenia. Assmus: Projekt zupełnej reformy ubrania i bielizny noworodków na podstawie higienicznej. Hohlbeck: Przyczynek do wykazania pochodzenia prątka tężcowego u ludzi z zewnątrz obrębu miejsca zakażenia. Schuckmann: W sprawie antytoksycznego leczenia tężca.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: 1) Przyczynek do nauki o wściekliźnie u ludzi. 2) To samo po niemiecku. 3) Stosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej w przypadkach tężca urazowego. 4) To samo po niemiecku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 18 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Regiec mówić będzie: „O sztucznych kąpielach solankowych".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.